د. حسان المالح

الخوف الاجتماعي
(الخجل)



الخوفُ الاجتماعي

(الخجل)

دراسة علمية للاضطراب النفسي،
مظاهره، أسبابه، وطرق العلاج

الدكتور حسان المالح

أخصائي في الطب النفسي ـ زمالة وخبرة في جامعات فيينا وبريطانيا
عضو الجمعية البريطانية للعلاج النفسي السلوكي
والجمعية البريطانية للعلاج الجنسي والأسري
عضو الجمعية الدولية للطب النفسي



- الطبعة الأولى، ١٩٩٣ م/ ١٤١٤ هـ

دار المنار - جدة/ السعودية

- الطبعة الثانية، ١٩٩٥ م/ ١٤١٥ هـ

دار الإشراقات - دمشق/ سوريا

- رالفا DASBON

24287 - 010994- 1

دار الإشراقات دمشق - سوريا ص. ب: 34642

للنشر والتوزيع هاتف: 776218 /6669410



الخوف الاجتماعي
(الخجل)

بسم الله الرحمن الرحيم

---

* صورة الغلاف مأخوذة بتصرف عن لوحة لإحدى الشركات الدوائية.

ربما يكون من الصعب إعطاء تسمية أكيدة لهذه اللوحة..

وقد رأيت أن واحداً من معانيها المتفائلة يرتبط بموضوع الكتاب.

وهو أنه يمكن للإنسان أن يتخلص من آلامه وخوفه وأحماله مهما كانت ثقيلة.

محتويات الكتاب

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

مقدمة الطبعة الثانية

تم استقبال كتابي هذا بحرارة خاصة في الأوساط العلمية والعامة وقد وصلتني كلمات تشجيع واستحسان من المرضى والأصدقاء وغيرهم من المثقفين والمهتمين بالأمور النفسية والاجتماعية، كما كُتب عنه في عدد من الصحف والمجلات الدورية.

وقد أكد لي بعض الزملاء من الأساتذة والأطباء النفسيين في عدد من الدول العربية ضرورة توفير هذا الكتاب في السوق المحلية... فبادرت إلى دمشق (مسقط رأسي وقلبي وقلمي) كي أطبعه مرة أخرى حيث يتم توزيعه بشكل أوسع مما يضمن تحقيق الفائدة المرجوة... وهي المساهمة في زيادة الوعي العلمي النفسي وإثراء المكتبة العربية بما هو جديد ومفيد في ميدان العلوم النفسية.

وفي هذه الطبعة لم أضف جديداً عما كتبته حول الخوف الاجتماعي في الطبعة الأولى وذلك لقلة المعلومات المستجدة حول هذا الموضوع خلال الشهور القليلة الماضية. وربما يكون هناك إضافات هامة بعد عدة سنوات في طبعة مزيدة ومنقحة.

وقد أضفت في نهاية الكتاب بعض التصويبات لأخطاء لغوية ومطبعية احتراماً للغتنا العربية وللقارىء العزيز.. والله الموفق.

دمشق ١٩٩٤ م/ ١٤١٥ هـ

د. حسان المالح

الإهداء

* إلى والدي الذي علمني العلم كي أنتفع به .. وأنفع به غيري

* إلى القارئ العربي الذي لا يزال يقرأ في عالم المعرفة ..

* إلى من يخاف المجتمع من الوريد إلى الوريد ..

* وإلى كل من يعاني هو ذي .. وغيره ..

أقدم هذا الكتاب



بين يدي الكتاب

لقد جاءتني فكرة هذا الكتاب لدى تحضيري لإلقاء محاضرة حول الخوف الاجتماعي باللغة الإنجليزية في جمعية الأطباء النفسيين في جدة. وكنت قبلها قد حاضرت حول نفس الموضوع باللغة العربية أمام مجموعة من الأطباء غير النفسيين في إطار زيادة الثقافة الطبية النفسية لدى الأطباء وغيرهم من المثقفين والمربين، والتعاون بين مختلف فروع الطب لتقديم أفضل الخدمات العلاجية والتثقيفية.

وقد كانت انطباعاتي أن الموضوع شيّق ومفيد.. لأنه يتلمس مشكلة هامة يتدخل فيها عديد من العوامل والأطراف.. منذ النشأة الأولى وسلوك الأبوين، إلى سلوك المدرسين،ومن ثم المجتمع الكبير.

والحقيقة أن حالة الخوف الاجتماعي هي إحدى الاضطرابات النفسية المنتشرة في بلادنا.. وكثير من الناس يشكو من أعراضها المزعجة،وقد تكون شديدة ومعطّلة للإنسان في علاقته مع الآخرين، مما يؤثر على حياته العملية وإنتاجه، إضافة إلى التأثيرات النفسية العديدة، والإرهاق النفسي، وتغلب

المزاج الاكتئابي واليأس، مما يؤدي إلى ارتسام ملامح حزينة وإحباطات كثيرة في حياة هؤلاء الناس.

ولعله من الأسباب التي دفعتني إلى كتابة مثل هذا الكتاب أن أول الحالات النفسية التي تعرفت عليها منذ أن كنت طالباً في كلية الطب ومولعاً بالطب النفسي هي حالة خوف اجتماعي أو رُهاب اجتماعي (القلق والارتباك أمام الآخرين) لطالب في كلية الهندسة كان متفوقاً ومجداً ولكن عندما يطلب منه المدرس أن يخرج إلى السبورة للإجابة عن معادلة رياضية (وهو يعرف حلها بسهولة تامة) كانت تصيبه أعراض قلق شديدة وارتباك وهو يحاول أن يستجمع قواه ليقف من مقعده ويقول لا أعرف.. كي يتجنب الوقوف أمام زملائه وهم ينظرون إليه وإلى طريقته في حل المسألة. وكان لنجاحي في تقديم الأساليب العلاجية المبسطة الممكنة وممارسة المريض للتدريبات المطلوبة ومن ثم نجاحه الواضح في كسر حاجز الخوف والرهبة من الآخرين دورٌ هامٌ في تشجيعي أكثر على المضي في طريق العلاج النفسي والطب النفسي بشكل عام.

ولما كان عديد من المراجعين في عيادتي والعيادات النفسية الأخرى يشكون من هذا الاضطراب، ولما كان العلاج يعتمد في جزء أساسي منه على تفاعل المريض وجهوده في أداء التمارين والواجبات لمقاومة الخوف فقد وجدت أن إعطاء فكرة علمية مبسطة وشاملة حول الموضوع بشكل كتاب سيكون له أثر جيد للمساعدة حول فهم هذه المشكلة وإعطاء الخطوط

العريضة والأساسية لمسيرة العلاج. لا سيما أن المؤلفات العربية حول الموضوع نادرة أو غير مناسبة.

واعتقد أن هذا الكتاب يفيد كثيراً من يعانون من مشكلة الخوف الاجتماعي والارتباك والقلق في المناسبات الاجتماعية. كما أنه مفيد للأخصائي النفسي والطبيب النفسي في إعطائه فكرة عملية وعلمية عن الموضوع مما يساعده في تطبيق المبادىء العلاجية. وأيضاً يمكن أن يفيد المدرسين والمدرسات والآباء والأمهات في تعاملهم مع طلابهم وأبنائهم وتشجيعهم على تحقيق شخصيتهم وإتاحة الفرص لهم في الحديث أمام الآخرين دون مبالغة في القلق.. كما أنه يفيد القارىء العام والمثقف العربي في الاستزادة من علوم النفس والطب النفسي بما فيه الخير للفرد وللجميع إن شاء الله.

ويضم هذا الكتاب عدة فصول تبدأ بالمقدمة حول الموضوع ثم بالتعريف عما تعنيه هذه المشكلة ثم أمثلة عملية عليها. ثم تشخيص هذه الحالة وفقاً لمختلف الأساليب التشخيصية. وفصلاً عن الخجل والاضطرابات المتعلقة به عند الأطفال ثم فصلاً خاصاً حول الشخصية الهروبية الاجتنابية وفصلاً لتفريق هذا الاضطراب عن الاضطرابات الأخرى النفسية. وأيضاً فصلاً عن انتشار هذا الاضطراب وفصلاً عن المضاعفات المرافقة له. وفصلاً عن الأسباب المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى الخوف الاجتماعي. وفصلاً حول العلاج وأساليبه المتعددة وفصلاً أخيراً حول الوقاية. إضافة إلى

الملحقات والتي تضم الاختبارات النفسية وملخصات عن البرامج العلاجية. وأيضاً المراجع وجداول للمصطلحات والكلمات الإنكليزية ومعانيها في العربية. وفي النهاية خاتمة أدبية.. تلخص موضوع الكتاب لتكون محطته الأخيرة.. مع تذكرة عامة حول مجال الطب النفسي.

وقد حاولت أن تكون لغة الكتاب مبسطة سهلة قدر المستطاع.. كما حاولت أن أقدم عرضاً متكاملاً لما يتعلق بموضوع الخوف الاجتماعي، وتطرقت إلى عدد من مشكلات الطب النفسي وموضوعاته محاولاً شرحها بوضوح واختصار للقارىء العزيز.. وفي ذلك توسيع للفائدة. أرجو أن يكون هذا الكتاب مفيداً ونافعاً لكل من يقرأه.. وأن يكون إسهاماً ناجحاً في زيادة الوعي الصحي النفسي.

كما أرجو أن أكون قد وفقت في عملي هذا، والله ولي التوفيق.

د. حسان المالح

جدة، ١٩٩٣م ـ ١٤١٣هـ

المقدمة

إن الخوف الاجتماعي هو من الاضطرابات النفسية المنتشرة. وهو موجود في جميع المجتمعات البشرية ولكن بنسب متفاوتة. وهو موجود منذ العصور القديمة. وقد أورد (أبوقراط) عالم الطب اليوناني الشهير وصفاً دقيقاً لحالات شديدة من هذا الاضطراب. [مرجع رقم ٣٠].

وهناك كثير من القصص حول هذا الموضوع تتضمن فوائد ونصائح للشخص الذي يخاف ويخشى أن يتحدث إلى مجموعة من الناس (وهذه إحدى المواقف التي يخاف منها الشخص المصاب بالخوف الاجتماعي).

ومن القصص المشهورة أن شخصاً كان يتلعثم ويصيبه الارتباك أمام الناس. وصار يذهب إلى شاطىء البحر وحيداً حيث لا يراه أحد ويضع حصاة صغيرة تحت لسانه ثم يتحدث بصوت عال وكأنه يخطب أمام الناس. وداوم على تكرار ذلك. وأصبح فيما بعد من أشهر خطباء اليونان...

ولعله من الغريب أن يضع حصاة تحت لسانه وربما ذلك ساعده على التركيز وتذكر تحريك لسانه بشكل مناسب كي ينطق

الحروف بشكل أوضح . وربما كان هناك تفسيرات أخرى لذلك .

وهناك عدد من القصص الأخرى حول فن الخطابة وكيف يمكن للإنسان أن يتحكم بنفسه أثناء الحديث أمام الآخرين سيأتي ذكرها في فصل طرق العلاج .

ولعله من المفيد أن نتذكر أن الطفل الرضيع منذ الأشهر الأولى يبتسم للآخرين عندما يحملونه أو يتوددون إليه . وهذه الابتسامة لعلها من أول الإشارات الاجتماعية المتبادلة وأبسط أنواع السلوك الاجتماعي عند الإنسان . وتثير عادة هذه الابتسامات ردود فعل إيجابية في الإنسان الذي يقترب من الطفل ويبادله الابتسام وكلمات الاستحسان وتتولد مشاعر الحب والألفة .

وبالطبع فإن بكاء الطفل هو اللغة الأساسية الفطرية التي يعبر بها عن مشاعره البسيطة وأهمها الجوع والألم الجسمي والشعور بعدم الأمان عندما يترك وحيداً . والبكاء هو الإشارة الاجتماعية الأولى التي تبدأ مع ولادة الطفل وتستمر وقتاً طويلاً وتستجيب الأم أو الأب أو من يقوم برعاية الطفل لهذا البكاء، ويضمن الرضيع استعادة توازنه وتخفيف الألم الذي لحق به من خلال هذه الإشارة التعبيرية الاجتماعية .

ومع نمو الطفل الجسمي والعصبي تتطور اللغة التعبيرية عند الطفل وتظهر الابتسامة كما ذكرنا ثم تظهر التعبيرات الأخرى الانفعالية مثل تعبيرات الوجه والجسم في حال رفضه

لنوع من الطعام أو غير ذلك. كما تبدأ اللغة والكلمات بالتطور السريع ويبدأ الطفل باستعمالها للتعبير عما يريده أو لا يريده بشكل مختصر. ومع مرور الوقت تتحول اللغة وما يرافقها من تعبيرات الوجه والجسم غير اللغوية إلى أسلوب التعبير الأساسي ووسيلة الاتصال مع الآخرين.

وإذا تتبعنا ابتسامة الطفل الرضيع تجاه الآخرين من حوله نجد أنها تستمر وتتحول إلى ابتسامة عريضة ثم ضحكة واضحة ثم قهقهة مسموعة. كما نجد ظهور الأشكال التعبيرية الأخرى الاجتماعية التي يستعملها الطفل الأكبر سنا مثل سماع الأوامر وتنفيذ الطلبات البسيطة وإحضار الأشياء. وتتطور القدرات الاجتماعية مثل اللعب مع الأطفال الآخرين والكبار وتنمو القدرة على التبادل وتقديم اللعب إلى الآخرين أو الحلوى وتبادل ذلك.

وإضافة إلى ما ذكر حول تطور السلوك الاجتماعي عند الطفل فإن الطفل في الشهر السادس من حياته تتولد عنده ردود فعل خاصة عند مقابلته لأشخاص غرباء سواء كانوا أطفالاً أو كباراً وهو ما يسمى بالخوف من الغرباء. وهو سلوك فطري في أساسه يعني إثارة نوع من القلق في نفسه وسلوكه تجاه مواجهته أشخاص غرباء. ولعل في ذلك فوائد عديدة تجعل الطفل يتعلم عن الآخرين ونواياهم وكيفية التصرف إزائهم بالتدريج. فبدلاً من أن يبتسم الطفل ويتجاوب لمعظم الأشخاص نجده منكمشاً متوتراً وسلبياً لا يتجاوب مع أسئلة

الآخرين أو إشارتهم بالاقتراب منهم وغير ذلك. وبعد مضي بعض الوقت في الموقف الاجتماعي وشعور الطفل بأن الطرف الغريب غير مؤذ أو مزعج تخف درجة القلق ويعود الطفل إلى طبيعته البسيطة في التفاعل البريء مع الآخرين.

وتلعب التجارب اللاحقة العديدة التي يمر فيها الطفل في المواقف الاجتماعية مع الأشخاص الغرباء دوراً هاماً في تحديد سلوكه الاجتماعي في المستقبل. وكلما ازدادت التجارب المؤلمة في مواجهة الآخرين كلما كان الطفل أكثر قلقاً في المواقف القادمة. ويساهم في زيادة القلق وتلوين التجربة باللون المؤلم درجة انتقاد أهل الطفل له أو الابتعاد عنه أو إهماله أمام الآخرين. إضافة إلى ردود فعل الأشخاص الغرباء أنفسهم وتصرفاتهم مع الطفل كالإهمال أو عدم الاستحسان أو إزعاج الطفل بشكل من الأشكال.

والطفل الأكثر حساسية (وربما يتحدد ذلك بشكل كبير بالأسباب الفطرية أو الوراثية) يحتاج إلى عدد أكبر من كلمات التطمين أو الاستحسان. والموقف الاجتماعي الذي قد يبدو عادياً للطفل أو الشخص الكبير يمكن أن يكون تأثيره سلبياً ومشحوناً بالقلق والتوتر بالنسبة للطفل الحساس.

ووفقاً لإحدى النظريات النفسية فإن الطفل يمر قبل نهاية السنة الأولى من عمره بمرحلة خاصة من تطوره النفسي حيث يستعمل طريقة مبسطة في التفكير أساسها أن التجارب اللذيذة والمشبعة التي يستمتع بها من خلال الأم أو «الذات الأخرى»

يعتبرها شيئاً جيداً أو إيجابياً وأما الإحباطات المتعددة وعدم تلبية رغباته وإحساسه بالألم الجسمي أو النفسي فهي شيء سيىء أو سلبي. وهذه الطريقة في التفكير حدية وجازمة. فالأمور جيدة أو سيئة ولا يوجد حل وسط. ويفهم الطفل ما حوله من أشخاص وفقاً لهذه النظرة الضيقة. وفي تجارب الطفل مع الأشخاص الغرباء الجدد يسقط الطفل طريقته في التفكير عليهم ويتحول بعض الأشخاص إلى رموز للشر وآخرون للخير.

وإذا كانت تجارب الإحباط والألم كثيرة في داخل الطفل فإنه من المفهوم أن تكون توقعاته ونظرته عن الآخرين ممتلئة بتوقع الشر والأذى من الآخرين وبالتالي يكون قلقه وخوفه أكبر.

والتطور الطبيعي وتجاوز هذه المرحلة الخاصة من التطور النفسي يعتمد على وجود عددٍ كافٍ من التجارب اللذيذة والممتعة. حيث يؤدي ذلك إضافة إلى النمو العقلي الطبيعي إلى أن يفهم الطفل أن الآخرين فيهم جوانب جيدة وصالحة إضافة إلى جوانب أخرى سيئة أو غير صالحة. ولكن الجانب الجيد هو الأغلب. وهذه النتيجة بحد ذاتها مزعجة لأنها تنسف الفكرة المثالية الجميلة بالخير المطلق. وكثير من الأشخاص يصل إلى هذه النتيجة الذاتية متأخراً. وتعتبر هذه النظرية النفسية أن حل هذه العقدة الخاصة المرتبطة بنظرة الطفل إلى أمه والآخرين والجوانب المتناقضة اللذيذة والمزعجة في شخصيتهم يعتمد على درجة الصحة النفسية، وأن تثبت هذه الطريقة في التفكير هو جوهر وأساس لكثير من الاضطرابات النفسية.

وقد أبرز الشعراء وبعض الفلاسفة بعض الجوانب المذكورة سابقاً وطرحوا آراء حول طبيعة الإنسان وتكوين النفس. فمنهم من قال بأن الإنسان يستقبل الحياة بالبكاء وضخموا هذا الجانب واعتبروا أن الحياة كلها شقاء وآلام واكتئاب. والبعض الآخر تحدث عن ابتسامة الأطفال وبراءتهم وسلوكهم الاجتماعي الطيب. وأن الإنسان يحب الآخرين بشكل فطري ويحب أن يكون معهم ويشاركهم في اللعب والطعام وغير ذلك ويبتسم لهم. والبعض الآخر أبرز جانب خوف الإنسان من الغرباء وتوقع الشر ممن حوله وتفسير نواياهم على أنها شر وأذى وأن الحياة الإنسانية هي حياة الذئاب كل يحاول أن ينهش في لحم الآخر.

والحقيقة أن كل هذه النظريات تنقصها النظرة الشاملة للإنسان وقد أبرزت بعض الحقائق على حساب حقائق أخرها فكانت النتائج مشوهة ناقصة..

والحياة الإنسانية فيها الخير والشر. والصراع قديم بينهما قِدَمَ الإنسان. ويقول الله تعالى:

﴿ وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ۝٧ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا ۝٨ قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا ۝٩ وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا ۝١٠ ﴾ [سورة الشمس: آيات ٧ــ١٠].

ومما لا شك فيه أن بعض الاضطرابات النفسية هي تضخيم للأمور النفسية الطبيعية التي تحدث مع كل إنسان ولكنها قد تتطرف وتزداد درجتها وحدتها لتصبح مرضاً واضطراباً معطلاً.

فالحزن الطبيعي يمكن أن يتحول إلى اكتئاب مرضي والفرح العادي إلى هَوَس مرضي. والخوف (Fear) من الغرباء يمكن أن يتحول إلى شك وشعور بالاضطهاد المرضي أو في تطور آخر إلى الخوف الاجتماعي.

والحقيقة أن القلق في أداء أحد الأعمال أمام الآخرين كالحديث أو إلقاء كلمة، أو الطعام أو الشراب، شعور طبيعي جداً. ويقول المثل العربي: «لكلِّ داخلٍ دَهشة» أو حيرة، عندما يدخل المرء على مجموعة من الناس. وأيضاً «من هاب الرجال تهيبوه» لأن التهيب والقلق يجعل الإنسان أكثر استعداداً لمقابلة الناس بشكل حسن وينشط القدرة على التكيف (Adaptation)، وهو يحفز المحاضر أو الخطيب أن يحضر كلمته أو محاضرته بشكل أفضل، وأن يكون عارفاً وعالماً لما سيقوله وإلّا فإن عمله سيتعرض للانتقاد إذا كان ناقصاً أو غير مفهوم.

وبشكل عام فإن القلق الداخلي والأفكار الذاتية التي تدور في بالنا عند رؤية الآخرين والاجتماع معهم وشعورنا بأن الناس تنظر إلينا وتتفحصنا وتكوّن عنا آراء معينة وأوصافاً سلبية وإيجابية هو دافع هام كي يحسّن الإنسان من مظهره وسلوكه وتصرفاته وكي يكون مثالياً أكثر وأكثر ضبطاً لنوازع الشر والرغبات والتصرفات غير المقبولة اجتماعياً. فالقيم الاجتماعية والأخلاقية السامية تتطلب من المرء أن يزكي نفسه وأن يضبط شرورها. ويشترك الفرد هو وغيره في ذلك من خلال رأيه وآراء

الآخرين وردود أفعالهم واستحسانهم أو اشمئزازهم من قول سيئ أو تصرف شاذ.

وهكذا فالقلق العادي في مواجهة الناس والمناسبات الاجتماعية المختلفة هو قلق إيجابي ومفيد ولكن عندما تزداد شدته يكون معطلاً ويؤدي إلى الخوف والاضطراب والارتباك الزائد ومن ثم إلى تجنب هذه المواقف قدر الإمكان وهذا ما يسمى بالخوف الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي.

وفي الفصول الآتية سيأتي تفصيل عن مختلف مظاهر هذا الاضطراب والأسباب التي تؤدي إليه إضافة إلى طرق العلاج وغير ذلك..

● ● ●

تعريف اضطراب الخوف الاجتماعي

إن مصطلح الخوف الاجتماعي (Social phobia) هو تعبير علمي ومصطلح في الطب النفسي. ويقابله عدد من التعبيرات المشابهة مثل الرهاب الاجتماعي وأيضاً القلق الاجتماعي (Social anxiety). واللغة الدارجة تستعمل مصطلح الخجل أو الحياء وأحياناً الارتباك في المواقف الاجتماعية.

وهو يصنف ضمن مجموعة من الاضطرابات النفسية الصغرى أو العصابية تفريقاً عن الاضطرابات الكبرى أو الذهانية العقلية.

وهذه الاضطرابات العصابية جميعها يجمعها القلق بشكل أساسي وهي تسمى اضطراب القلق. وتضم عدة أنواع.. ومنها القلق العام ونوبات الهلع والقلق الحاد. ومنها الخوف من الخروج إلى السوق والأماكن المفتوحة. والمخاوف المحددة مثل الخوف من الطيران أو المصعد أو الأماكن العالية أو الخوف

من رؤية الدم وغير ذلك. وأيضاً الاضطراب الوسواسي القهري والاضطرابات العصابية التالية للصدمات. إضافة إلى مجموعة أخرى من اضطرابات القلق غير الوصفية والتي تضم أعراضاً متنوعة من عدد من الاضطرابات السابقة. [مرجع رقم ١٦].

وإذا أردنا توضيح ما يعنيه الخوف الاجتماعي بشكل مبسط يمكن أن نقول بأنه يعني: ظهور أعراض القلق المتعددة في المواقف الاجتماعية. ويرافق ذلك تجنباً أو هروباً من هذه المواقف بسبب الألم النفسي والتوتر الشديد الذي يتولد في داخل الإنسان عند تعرضه لهذه المواقف الاجتماعية. وأحياناً لا يحدث هروب من الموقف ويحاول الإنسان جهده البقاء ولكن بجهد كبير وتوتر شديد. وقد يتحين الفرصة المناسبة للانسحاب وعند ظهورها يتحرك مباشرة ويخرج من الموقف ويخف التوتر. وتولد هذه الحالة نوعاً من الترقب واستباق الخوف والتوتر قبل حدوث الموقف مما يزيد في درجة القلق ومحاولات الهروب من الموقف.



وأما أعراض القلق (Anxiety) فهي نفسية وجسمية (Somatic). من هذه الأعراض الجسمية: ازدياد دقات القلب ونبضاته (الخفقان) (Palpitation).

وصعوبة التنفس أو ازدياد سرعة التنفس والتنفس السطحي (Difficulty In Breathing).

وازدياد التعرق في الوجه واليدين وكل الجسم (Perspiration).

والرجفة في اليدين أو الرعشة (Tremor). ضعف الساقين والركبتين (Weak Legs).

وأيضاً احمرار الوجه أو اصفراره (Pale Face, Blushing).

وجفاف الفم من اللعاب (جفاف الحلق) (Dry Mouth).

(انظر ملحق رقم (٢) وفيه قائمة مفصلة عن أعراض القلق الجسمية).

وأما بالنسبة لمضمون القلق النفسي فإن الإنسان يخاف بشكل أساسي من أن ينظر إليه الناس الآخرون ويتفحصونه، ومن ثم يخاف من أن يُحطَّ من قدره بكلماتهم أو تعليقاتهم أو انتقاداتهم، وأيضاً يخاف الإنسان من أن يتصرف بشكل غير مقبول أو مثير للسخرية أو الضحك كأن يرتبك أو يتلعثم عند الحديث.

وبعض الناس ينتابه الخوف من أن يقول شيئاً ما خطأ أو بشكل غير مناسب أو أن يفسر كلامه بطريقة سلبية. والبعض الآخر يخاف مما قد يقوله الناس عن مظهره وثيابه وجسمه إذا

اجتمع بالناس وهو يعتقد أن الآخرين سيتنقدون ذلك ويصفونه بشكل مخجل وفيه انتقاص لشخصه وجرح لكرامته وكبريائه.

وقد يكون الخوف من أن يبدو الإنسان مرتبكاً وأن يقول عنه الناس أنه غير كفء أو ضعيف.

وأيضاً الخوف بشكل أساسي من أن يحدث للإنسان تلعثم أثناء كلامه ويلاحظ الآخرون ذلك وأن هذا لا يليق به وبشخصيته. وأحياناً يكون الخوف من أن يتقيأ الإنسان بحضور الآخرين في المطعم أو عند ركوب الزورق أو الحافلة. وقد يكون الخوف مرتبطاً بالمظهر الجسمي كالثياب والطول والقصر والبدانة والنحافة وشكل الشعر والصلع وشكل الأذنين والأنف والصدر والمؤخرة وأيضاً لون البشرة. وأحياناً يتحول الخوف من الموقف نفسه ومن الأخطار الذاتية التي تصاحبه إلى أن يخاف الإنسان من أعراض القلق نفسها فتكون شكواه الخوف من الرجفة فقط أو احمرار الوجه أو التلعثم ولكن بعد التدقيق في الحالة نجد أن الإنسان يخاف من الموقف نفسه إضافة إلى الأعراض المصاحبة.

(انظر ملحق رقم (٣) وفيه قائمة عن المخاوف الذاتية في حالات الخوف الاجتماعي).

وباختصار فإن الخوف في جوهره هو من تقييم الناس الآخرين السلبي للإنسان وتصرفاته في موقف اجتماعي واحد أو أكثر (Fear Of Negative Evaluation). [مرجع رقم ١٦، ٢٢، ٢٤، ٤٠].

وأما بالنسبة للمواقف الاجتماعية التي يخاف منها الإنسان فهي عديدة ومنها إلقاء كلمة أمام الجمهور. وعادة كلما كان عدد الحضور أكبر كلما كان الموقف أشد صعوبة.

ووجود الشخصيات المهمة والأكبر سناً يلعب دوراً أيضاً في صعوبة الموقف ودرجة الخوف منه.

والكلمة الارتجالية غير المكتوبة هي عادة أصعب من المكتوبة.

والخوف من هذا الموقف واسع الانتشار بين جميع الطبقات والمستويات. وبعض الباحثين يعتبر ذلك قلقاً عادياً وطبيعياً وأنه لا يصل إلى درجة مرضية إلا إذا كانت أعراض الخوف شديدة ومعطلة وتجعل الإنسان يهرب من هذا الموقف بشكل مستمر مع أن ظروفه وطبيعة عمله مثلاً تتطلب منه مثل هذا الأداء. وإذا لم يهرب الإنسان من مثل هذا الموقف، فإنه يتحمله بكثير من العناء والمشقة وأعراض القلق العديدة ويحاول الصبر والتماسك بكل جهوده إلى أن ينتهي الموقف. وتستمر أعراض القلق والتوتر والإرهاق بعده عدة ساعات أو أكثر. وتراود المرء أفكار عديدة حول أدائه وتصرفاته في الموقف وهو يؤنب نفسه ويوبخها عن قول كذا أو فعل ذاك. ويأتي الموقف التالي ليواجهه الإنسان بمخاوف كثيرة وقلق وتوتر بالغين. وتتكرر المأساة والمعاناة إلى أن يتخذ المرء موقفاً علاجياً لمشكلته هذه ويتعلم بعض الطرق المفيدة للسيطرة على قلقه ومخاوفه.

وينطبق ذلك على المواقف الاجتماعية الأخرى.. ومنها

التمثيل أو أداء عمل ما أمام الجمهور والممثل المبتدىء عادة ما يشعر بدرجة من القلق والتوتر قد يكون شديداً ومعطلاً ولكن إصراره على عمله والتدريبات المختلفة التي يتلقاها إضافة إلى التشجيع من نفسه ومن الآخرين يلعب دوراً إيجابياً في السيطرة على قلقه وتعوده على الموقف.

والحديث بين مجموعة من الناس بصوت عال كأن يسأل المرء سؤالاً أو يعلق تعليقاً على ما يجري في إحدى الاجتماعات أو المحاضرات هو أيضاً موقف شائع ويخافه كثير ممن لديه حالة الخوف الاجتماعي. وقد يكون الطالب على درجة عالية من الذكاء والفهم ويتابع دروسه بشكل جيد ولكنه يمتنع عن الإجابة إذا ما سأل المدرس سؤالاً ما. أو يمتنع عن طرح الأسئلة بسبب القلق الشديد الذي ينتابه في مثل هذا الموقف حيث ينظر له جميع الحاضرين ويتفحصونه إضافة إلى المدرس. ومما لا شك فيه أن طبيعة الحاضرين والمدرس تلعب دوراً في زيادة التوتر والقلق أو نقصانه. فإذا كان التشجيع والاهتمام هو المعيار العام للموقف ساعد ذلك على تخفيف درجة القلق. وإذا كان الانتقاد والتجريح والعقاب هو المعيار العام ازدادت درجة القلق في الموقف وفي الأفراد الحاضرين.

وأحياناً نجد أنه حتى في المواقف العائلية والاجتماعات الأسرية... أن بعض الأفراد يصيبه قلق شديد ولا يستطيع أن يتكلم أو يعبر عن رأيه أو أن يجيب سؤالاً بسيطاً عن حالته أو دراسته أو غير ذلك وذلك في حالات الخوف الاجتماعي

الشديدة. حيث أن الحاضرين ليسوا غرباء أو أشخاصاً مجهولين بل هم أهل وأقرباء. وتلعب هنا بعض العوامل النفسية الذاتية لدى هؤلاء الأشخاص دوراً كبيراً في نشوء هذا القلق إضافة إلى طبيعة الموقف من حيث الانتقاد والتشجيع.

ومن المواقف الشائعة أيضاً الحديث مع المدير أو المسؤولين وتلعب الثقة في النفس دوراً هاماً في ذلك وقد يكون القلق شديداً وغير طبيعي ويجعل الإنسان مكبلاً وعاجزاً على أن يطلب إجازة أو ترقية أو يعبر عن رأيه للمسؤول أو المدير في أوساط العمل المختلفة. وكثيراً ما يؤدي ذلك إلى جمود الإنسان في وظيفته وربما عدم ترقيته إلى وظيفة أعلى. ومن المواقف الأخرى أن يأكل الإنسان أو يشرب في حال وجود الآخرين وذلك في الحفلات أو الأماكن العامة كالمطاعم. وبعض الناس يهرب من هذه المواقف ولا يستطيع أن يتناول طعاماً أو شراباً في مثل هذه المواقف وقد يتحمل ذلك بصعوبة بالغة وتوتر شديد وقد تسقط الملعقة أو الكأس ويزيد الاضطراب والتوتر ويتمنى الإنسان أنه لم يذهب إلى المطعم. وهو يظن أن كل الناس تراقبه وتنظر إلى كيفية طعامه وماذا يأكل وبشكل مضخم وغير واقعي مما يجعله لا يستطيع الطعام ويفسد عليه أوقاته.

وبعض الناس يرتبك كثيراً ويخاف من أن يصب القهوة ويقدمها للضيوف (القهوة العربي) أو الشاي أو العصير. وهو يحاول الهرب من هذه الوظيفة بشتى الطرق كان يطلب من أخيه

الأصغر سناً أو من شخص آخر أن يقوم بهذه المهمة الشاقة المستحيلة!؟؟

والبعض الآخر يرتبك كثيراً إذا قدم له فنجاناً من القهوة أو الشاي أو الماء كي يشربه أمام الناس وترتجف يداه وقد يحدث الفنجان أصواتاً واهتزازاً وأحياناً يسقط وينكسر. وبعضهم يفضل أن لا يشرب شيئاً أبداً كي لا يتعرض لمثل هذا الموقف أو أن يأخذ الكأس ويضعه جانباً وينتظر فترة حتى ينشغل الآخرون عنه ثم يرتشف رشفات متعددة كي ينتهي من هذا الإحراج.

وبعض الناس يخاف من أن يصلي صلاة جهرية وهو يؤم الناس. يحاول الهروب من الموقف وتقديم غيره للإمامة. وقد يؤدي هذا الخوف إلى الابتعاد عن صلاة الجماعة أو الذهاب إلى المسجد في بعض الحالات.

ومن المواقف الأخرى المنتشرة الحديث مع الجنس الآخر في مختلف المناسبات والمواقف حيث يحدث الارتباك والتوتر والقلق.

ومن المواقف الاجتماعية الأخرى التي يخافها بعض الناس: إقامة الحفلات ودعوة الآخرين إلى المنزل والذهاب إلى الحفلات والأعراس وأيضاً التعزية (العزاء). والكتابة أمام الناس. وأن يكون الإنسان مع مجموعة أكبر منه سناً. والمواقف التي يتحدث فيها الإنسان عن نفسه ومشاعره. وأحياناً يكون

مجرد مرور الإنسان في السوق أو قرب المنزل موقفاً مزعجاً ومخيفاً يبعث على القلق في حال وجود من ينظر إليه من الناس. وأحياناً يخاف الإنسان من أن يسمع الآخرون الجالسون في الغرفة المجاورة صوته أثناء كلامه وأن ينتقدوه. وأيضاً يخاف من ربط أزرار الثوب أو القميص أمام الآخرين. [مرجع رقم ١١، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٣٢].

(أنظر الملحق رقم (١) وفيه قائمة لعدد من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يخاف منها الإنسان).

● ● ●

أمثلة عملية

الحالة الأولى :

شـاب وعمـره ٢٨ سـنـة . ذو مؤهـل جـامعي ويعمـل في مؤسسة تجارية منذ ثلاث سنوات . راجـع العيادة النفسـية وهو يشكـو من صعوبـة مواجهـة بعض الناس والجنس الآخر . وأنـه يرتبك وتظهر عنده رجفة في اليدين . وهو يكره الزيـارات بشكل عـام ولكن يجب عليه أن يقـوم بزيـارة الأقارب . وهـو يشكو من هذه الحالة منذ أيام المراهقـة وحاول جهـده أن يخفف من قلقه وارتبـاكه ولكن حـالته لم تتحسن . وهـو مقبل على الـزواج بعـد حوالي شهرين وقد تم تحديد الموعد من قبل الأهـل . وهو الآن قلق جداً كيف سيواجه حفل الزواج والزيارات العديـدة الواجبـة واستقبال الضيوف . وكيف ستكون حياته الاجتماعية بعد الزواج . وقد اعتبر أن أصعب المواقف هي عندمـا يأتيه ضيوف أكبر منه سناً وعليه أن يقدم لهم القهوة . وهو يذكـر جيداً مـاذا حدث لـه منذ عدة أشهر حينما جاءه ضيوف إلى المنـزل واضطر إلى صب

القهوة وكيف كان يرتجف قلقاً وبعد أن صب للزائر الأول بصعوبة ازدادت معاناته عند الزائر الثاني وقال له أحدهم إجلس وضع القهوة ونحن نخدم أنفسنا مما جعله يرتبك أكثر. والمواقف السهلة عادة هي التي تتعلق بالأصدقاء من نفس السن.

وفي تاريخه الشخصي.. كان أبوه شخصية قوية وقيادية. وأمه شخصية قلقة وتتدخل في أموره بعطف زائد وتسأل عن طعامه ولباسه وأحواله بالتفصيل. وترتيبه الثاني في الأبناء الذكور. وقد توفي والده وهو صغير وكان أخوه الكبير مسؤولاً عن الأسرة وكان شديداً في معاملته. وقد اعتبر تربيته بأنها كانت تتصف بالحماية الزائدة. وكان له عدد من الأصدقاء. وبعد المراهقة كانت له بعض التجارب الجنسية المحرمة أثناء السفر. وقد تاب عن المعاصي منذ زمن طويل. وهو إنسان جدي ومثقف ومتدين وناجح في عمله وذو سمعة حسنة بين أهله وأقاربه.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو من أية أمراض. وهو يضع نظارة منذ عدة سنوات بسبب قصر في النظر. وشكله العام عادي ومعتدل القوام.

ومن الناحية النفسية فإنه لا توجد أعراض القلق الواضحة إلاّ في المواقف الاجتماعية المذكورة سابقاً. ولا يوجد أية اضطرابات أخرى. ومن ناحية الشخصية لا يوجد اضطراب واضح ولا يمكن اعتباره انطوائياً منعزلاً. وليست لديه مشاعر واضحة بالنقص وضعف تقدير الذات (Low Self Esteem). وربما لديه بعض صفات الشخصية القلقة.

□ الحالـة الثانيـة :

شاب وعمره ٢٥ سنة . لم يكمل دراسته الجامعيـة بسبب اضطراره للعمل . يعمل بعمل كتابي في إحدى المؤسسات منذ سنتين . يشكو من الخجل العام في معظم المـواقف الاجتماعية ويحمر وجهه وتتعثر عليه الكلمات إضافة إلى الرجفة في اليدين ودقـات القلب الشديـدة في حال مقـابلته لـلآخرين . وذلـك منذ سنوات طويلة . وتتعـدد هذه المـواقف مثل الإجـابة على أسئلة المـدرس في معهد اللغـة (مع أن تقـديره الأول في الامتحـانات الكتابية) إلى لقاء بعض الأقارب الأكبر منه سناً وأيضاً في أوساط العمل مع زملائه عندما يكونون مجتمعين أو مع رؤسائه .

ويجد صعوبة في الحديث على الهاتف ولا سيما إذا كـان زملاؤه ينظرون إليه . ويرتبك كثيراً عندما يرى إمام المسجد (وله به صلة قرابة) ويجد أن عليه أن يقترب منه ويسلم عليه .

وعنـدما يـذهب إلى خالتـه حين تدعـوه على العشـاء هـو وقريب له آخر يكون صامتاً في الغالب ولا يستطيع أن يتكلم .

وقد تلقى بعض الأدوية النفسيـة لفترة قصيـرة منذ حـوالي سنتين بعد اضطراره لترك دراسته ووصف حالته بأنه كـان متكدراً وحزيناً .

ومـع انخراطـه في الحياة العمليـة توقـع أن تزداد جـرأتـه ولكن كـان يتعـرض لإحبـاطـات كثيـرة بسبب ارتبـاكــه وخجله . وخلال عمله كان يتميز باللطافة الزائدة ويقوم بعمل ما يطلب منه

ولو على حساب نفسه. وكان يجد صعوبة كبيرة في أن يقول لا أو يعتذر عن أداء عمل لا يخصه. وأما سلوك بقية الموظفين وهو أصغر منهم سناً فكان مزعجاً وكان يسمع بعض التعليقات الساخرة عن احمرار وجهه وارتباكه ويجد صعوبة بالغة في أن يرد عليهم في أغلب الأحيان. لم يكن سعيداً في عمله وكان يبحث عن عمل آخر ولا سيما أن المدير لم يكن راضياً عنه بسبب ما نقل إليه ظلماً عن إهماله وانتقاداته للعمل. وفي إحدى مقابلاته مع المدير تقبل ما نسب إليه وفوجىء بما دسه عليه البعض ولم يستطع أن يعبر عن نفسه وعن حقيقة ما يجري بسبب الارتباك واللعثمة.

وفي تاريخه الشخصي كان يشكو من الخوف عندما يبتعد عن بيته وأهله وأيضاً يخاف من الوحدة والظلام، والمخاوف الليلية حتى سن الثانية عشرة. وهو الابن الأكبر لأسرته. وأبوه يعمل موظفاً حكومياً وفارق السن بينهما كبير. وهو متعلق بوالدته وينزعج من صراخ أبيه المتكرر في المنزل وخلافاته مع أمه المستمرة وتهديدات الطلاق. كما وصفه بأنه لم يكن يهتم ببيته وأطفاله.

وكانت طفولته يملؤها الخوف. وكان يشعر بالألم لأنه لا يستطيع أن يدافع عن نفسه وإخوانه الأصغر تجاه أبناء الجيران المزعجين (قليلي التربية). وقد تعرض منزل الأسرة لهدم جزئي بسبب مخططات الطرق وأثر ذلك في نفسه كثيراً ولا سيما أن مظهر أسرته ومنزله كان يبدو فقيراً وغير مقتدر. وكان في مدرسته

من الأوائل. وهو ملتزم دينياً منذ زمن طويل.

ومن الناحية الجسمية فإن صحته جيدة. وقامته قصيرة نسبياً ولكنه وسيم الوجه.

ومن الناحية النفسية فهو يشكو من قلق اكتئابي ارتكاسي (Reactive Anxiety Depresion) مرتبط بظروفه العملية الصعبة وحالة الخوف الاجتماعي التي لديه منذ عدة سنوات، ومن ناحية شخصيته لديه العديد من صفات الشخصية القلقة الهروبية (الاجتنابية) (Avoident Personality, Anxious).

(أنظر إلى الفصل الخامس لمزيد من التفاصيل حول الشخصية الهروبية).

□ الحالة الثالثة :

شاب وعمره ٣٠ سنة. متزوج ولديه أطفال. يعمل مهندساً في إحدى الشركات.

يشكو من التوتر والقلق والخوف في بعض المناسبات الاجتماعية ولا سيما الاجتماعات المهنية. حيث يجب عليه أن يقدم تقريراً عن سير العمل وأن يتحدث عن مقترحاته وآرائه في الاجتماعات التي تضم زملاءه ورؤساءه. وهذه الاجتماعات صارت متكررة منذ حوالي سنة.

وقبلها كان يشعر بدرجة من الارتباك وخفقان القلب

والرجفة عند لقاء من هو أكبر منه سناً من الأقارب. وأيضاً عند التحدث مع المدرسين وفي حال وجود مجموعة كبيرة من الأشخاص. وقد تعود أن يبتسم ليخفي قلقه. وفي كثير من الأحيان بدلاً من أن يرتبك ويتلعثم في إجاباته ترتسم على وجهه ابتسامة صغيرة وصار بعض الأشخاص يوجه له الملاحظات حول ذلك وأنه يبتسم فقط ولا يجيب ولكنه ينجح في أن يخفي قلقه ويمضي الموقف بسلام. ولكنه فيما بعد يؤنب نفسه ليتني قلت كذا أو كذا.. وهو يعتبر نفسه حساساً ولا يرضى بالظلم أو الإهانة لأي شخص. وهو يعامل من هو أدنى منه باحترام ولطافة زائدة ونادراً ما يغضب أو يؤذي أحداً أو ينتقد من هو أقل منه.

وهو يعتبر أن به ضعفاً في الشخصية وهو يحاول أن يثبت نفسه أكثر وأن يدرس آراءه ومواقفه كي تكون كلمته شاملة وناضجة وقوية. وهو متفوق في دراسته وعمله ولديه كثير من الطموحات العملية والابتكارات. ويضايقه أن لا يستطيع النظر في العيون مباشرة ويعتبر ذلك نوعاً من التحدي لرؤسائه أو من هو أكبر منه سناً. وتراوده بعض الانتقادات اللاذعة عما يقوله المدرس أو المدير ويرتبك في أن يعبر عن آرائه هذه.

وفي إحدى المرات انزعج من المحاضر وأسلوبه وعلق بشكل ساخر سريع مما أدى إلى إخراجه من المحاضرة أثناء المرحلة الجامعية.

وفي تاريخه الشخصي . . كان أبوه شخصية ضعيفة وغير جريء وأمه أيضاً ولكن بدرجة أقل. وترتيبه الرابع بين إخوته وهو يتضايق من ضعف أبيه. وتعود أن يكون قريباً من أمه ويلبي طلباتها العديدة ويساعدها في الأعمال المنزلية. وتعرض أثناء دراسته الابتدائية لعدة مضايقات من الطلبة الأقوياء وهو يتمنى أن تعود السنين إلى الوراء وينتقم لنفسه من بعض الإهانات والأوصاف المزعجة والمزاح الثقيل. وهو سعيد الآن بحياته الزوجية والعاطفية وظروفه العملية ويعتقد أن شخصيته قد تحسنت وصار أكثر ثقة في نفسه. وهو يحاول أن يشق طريقه المستقل وأن يقوي من نفسه.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو من أية أمراض. وشكله العام عادي ومعتدل.

ومن الناحية النفسية فإن طريقته في الكلام سريعة ويضيع بعض الحروف أثناء اللفظ وقد تعود على ذلك منذ وقت طويل. والقلق والخوف عنده مرتبطان ببعض المواقف الاجتماعية فقط. ولا توجد أعراض أخرى. كما أن شخصيته لا تتوضح فيها صفات مرضية (Pathological Traits) وهو يميل إلى التنافس وتبرز عنده اندفاعات الغضب والانتقاد والمشاعر العنيفة العدوانية ويقابلها في تركيبته النفسية بروز مشاعر الذنب وانتقاد النفس والضمير الحساس (Sensitive-Conscience) (Guilty-Conscience).

□ الحالـة الرابعـة :

شاب وعمره ٢٧ سنة. عازب ويعمل في شركة خاصة لأخيه كنائب للمدير منذ عدة سنوات. يشكو من التوتر ومراقبة النفس المستمرة أثناء مقابلته للناس منذ حوالي عشرة سنوات. وهو يحس أن الأشخاص الذين يجتمع بهم يطيلون النظر إليه وأنهم قد تتكون في أذهانهم أفكاراً سيئة عنه وعن شخصيته. ولذلك فهو حريص على أن يظهر بمظهر مناسب ولائق ويخشى أن يخطيء في استعمال كلماته. ويشكو أيضاً من ازدياد خفقان قلبه والتلعثم واصفرار الوجه ورعشة خفيفة في اليدين والخوف العام عندما يقابل أشخاصاً للمرة الأولى من خلال زيارات العمل التي يقوم بها عدة مرات في الأسبوع. ومع الأقارب والأشخاص المألوفين عنده يكون قلقه وتوتره أقل ولكنه يفضل أن لا يتكلم كثيراً وغالباً لا يستطيع الرد على بعض الكلمات الانتقادية التي توجه إليه بطريقة المزاح. وينزعج كثيراً من بعض التعليقات التي تحمل معنى الشذوذ الجنسي. ويخطر في باله أن الشخص الآخر ربما يعنيه شخصياً بنقص في الرجولة. وينزعج كثيراً من المشي في الشارع قرب المقهى حيث يوجد أشخاص كثيرون وربما علق أحدهم بشكل سلبي مما سيضطره إلى الرد أو (المضاربة). وهو يتجنب مثل هذه المواقف عادة. وهو يرغب في الزواج ولا سيما أن أخوه الأصغر قد تزوج منذ مدة قريبة.

وفي تاريخه الشخصي.. ينتمي إلى أسرة ريفية ضعيفة من الناحية المادية.

وقد عاش في المدينة منذ أن كان طفلاً صغيراً وكان زملاؤه يعيرونه بأصله. ووالده موظف وضعيف الشخصية. وأما والدته فهي قوية ومسيطرة وأوامرها كثيرة إضافة إلى وصاياها العديدة قبل مقابلة الناس وتحذيرها المستمر من مخاطر الناس. وترتيبه الثالث بين إخوانه. وأحد إخوانه الأصغر سناً يشكو من الخجل والارتباك أما أخوه الكبير فهو قوي وناجح. وقد تعود أن يخضع لسيطرته.

وقد عمل عدة أعمال مهنية قليلة الراتب قبل عمله الحالي ولم يكمل دراسته الجامعية. وله بعض الهوايات الفنية. وكان يحب الرياضة وحصل على تدريب عالٍ في رياضات العنف. إلاّ أنه لم يسبق له أن تعرض لأيّة مشاجرة. ولم يتعرض للشذوذ الجنسي. وهو ذكي ومثقف ويسعى إلى تطوير شخصيته وبناء أسرة خاصة به.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو أية أمراض. وجسمه رياضي وملامحه رجولية وجميلة.

ومن الناحية النفسية يشكو من أعراض القلق والخوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية. إضافة إلى قلقه العام حول ثقته بنفسه ورجولته. وهذا القلق مفهوم من خلال شخصيته وظروفه وليس شديداً أو معطلاً. ولا توجد اضطرابات أخرى. وفي إجاباته حول اختبار الإسقاط (رورشاخ) (Rorschach) (Projective Test) يبرز عنده الخوف من النزعات العدوانية والغضب بشكل متكرر. وأيضاً القلق حول المواضيع الجنسية

وصورته عن نفسه . ولا توجد انحرافات جنسية . ومن ناحية شخصيته لديه بعض صفات الشخصية القلقة الاجتنابية الهروبية بدرجة متوسطة . إضافة إلى بعض صفات الشخصية الوسواسية كالنظام والدقة والنظافة والترتيب والتحليل العقلاني (Obssessive Compulsive Personatity Traits) .

□ الحالة الخامسة :

فتاة وعمرها ٢٩ سنة . متزوجة ولها طفلين . تدرس في الجامعة . وزوجها قريبها ويعمل بالتجارة . تشكو من أنها خجولة وترتبك في مقابلتها للأشخاص الغرباء حيث تزيد دقات القلب ويشحب لونها . وفي أوساط الأهل والأقارب تكون سلبية ولا تستطيع المشاركة في الحديث بسبب القلق وما قد يقال عنها من أمور سيئة . وعندما تحضر حفلة نسائية تحضِّر نفسها تحضيراً طويلاً وتتردد قبل أن توافق على الذهاب وعند دخولها مكان الحفل تختار أقرب كرسي وتبقى متجمدة لا تستطيع التجول أمام الحضور أو تغيير مكانها عند رؤيتها لإحدى معارفها . وصوتها ضعيف ويضايقها . وهي لا تستطيع أن تنتقد أحداً بشكل واضح . وحتى الخادمة في المنزل تجد صعوبة كبيرة في انتقادها أو توجيه الملاحظات لها حتى عندما تخطئ خطأً واضحاً .

وهي تنزعج من كونها لطيفة جداً ومعارفها يستحسنون ذلك فيها ويصفونها بإعجاب بأنها شديدة الذوق ولطيفة مع الناس . وأيضاً زوجها يعتبر ذلك من صفاتها الإيجابية وهو سعيد

بهذه الصفات. وهو يثني على هدوئها وبرودة أعصابها ولا سيما أنه عصبي المزاج وسريع الغضب وأسلوبها الهادىء يعيده إلى صوابه وهكذا فهما يكملان بعضهما البعض. ولكنه يصفها أيضاً بأنها خجولة وترتبك في بعض المواقف دون مبرر وهو يشجعها في الفترة الأخيرة على التغيير.

ويزعجها كثيراً النفاق والرياء الاجتماعي وقد قررت أن تكون واضحة وشجاعة. كما تزعجها اهتمامات المرأة المحدودة وسطحيتها وهي تسعى لمزيد من الثقافة والعمل بعد التخرج. وهي تسعى الآن إلى تقوية شخصيتها ومواجهة حالة القلق والارتباك بدلاً من المعاناة والإحباط.

وفي تاريخها الشخصي.. أسرتها من الطبقة المتوسطة التي تحب الظهور بمظهر أعلى. وأبوها تحبه كثيراً وأمها عصبية المزاج كثيرة الانتقاد. وهي تلقي باللوم عليها في أن تربيتها كانت قاسية شديدة. وأن حياتها مرسومة بدقة متناهية وعدد الممنوعات لا يعد ولا يحصى. وكانت تتلقى عقاباً شديداً على اقترافها أبسط التصرفات الطفولية البريئة. وعلى الرغم من حبها لأبيها فهي تعتقد أنه قد اشترك مع الأم في هذه الطريقة الغريبة في التربية. وهي البنت الكبرى ولها أخ يكبرها بسنة واحدة. وكانت تتنافس معه أثناء الطفولة في كثير من الأمور ومنها الجري والألعاب البدنية. وقد درست في إحدى المدارس الراقية وكانت زميلاتها أحسن منها من الناحية المادية والاجتماعية مما جعلها تحس بأنها أقل من غيرها.

وهي سعيدة في بيتها ومع زوجها. وتراودها بعض الأحلام المزعجة العنيفة وغير ذلك. وفي اليوم التالي تستغرب كيف أنها تفكر بمثل هذه الأمور في أحلامها.

ومن الناحية الجسمية لا تشكو من أية أمراض. ومظهرها جميل وجذاب. وتضع جهازاً لتقويم الأسنان بسبب بروز بسيط وهي تعتقد أنه لا يسبب لها أية مشكلة وقد أفادها كثيراً في تحسين بروز أسنانها.

ومن الناحية النفسية فهي تشكو من أعراض القلق والخوف الاجتماعي في كثير من المواقف الاجتماعية. إضافة إلى عدد من صفات الشخصية القلقة الاجتنابية الهروبية. وأيضاً لديها ضعف في القدرة على التعبير الانفعالي (Emotional Expression). وتبرز مشاعر الغضب والتمرد وكسر القيود في خيالاتها. مما يضعف سيطرتها على نفسها ويزيد في قلقها وخوفها من نفسها والآخرين. ورغبتها في التغيير قوية وظروفها الشخصية الحالية تساعدها نحو تحقيق شخصيتها ومواجهة الخوف الذي يعذبها.

☐ ملاحظات:

فيما سبق من الحالات تتبين عدة نقاط تجدر الإشارة إليها:

١ - يمكننا التعرف من خلال هذه الحالات على مجموعة من الأعراض المرضية المرتبطة بالخوف الاجتماعي. وتختلف

هذه الأعراض من حالة لأخرى كما تختلف شدتها وموقف المريض منها ودرجة إزعاجها وتعطيلها. ولكن تشترك هذه الحالات بعدد من الأعراض الأساسية.

٢ ـ هناك عدد من الأمور الهامة في التاريخ الشخصي لهذه الحالات وقد تمت الإشارة إليها باختصار أحياناً. ويشترك كثير من الناس في مثل هذه الأمور أو الأحداث دون أن يكون لديهم حالة الخوف الاجتماعي. والاستنتاج السريع للنظريات النفسية واستخلاص الوصايا والدروس المستفادة من قراءة مثل هذه الحالات قد لا يكون صحيحاً أو علمياً. ذلك أن الحياة البشرية غنية متنوعة وتطور الحالة النفسية لدى شخص ما تحكمه متغيرات وعوامل كثيرة. (أنظر الفصل التاسع حول الأسباب).

٣ ـ عرضت الحالات بطريقة موجزة ومكثفة. وهذا العرض ليس تحليلاً نفسياً أو سلوكياً مفصلاً والتحليل المفصل يحتاج إلى صفحات كثيرة. والهدف الأساسي من عرض هذه الحالات إعطاء فكرة عملية عن الحالات النفسية المرتبطة بموضوع الكتاب. إضافة إلى تقديم بعض المعلومات الطبية والمصطلحات المفيدة لكل من يهتم بالاستزادة من علم الطب النفسي.

٤ ـ في نهاية كل حالة بعض التعليقات الطبية النفسية حول التشخيص والشخصية وبعض العوامل النفسية المستخلصة من الحالة. ولا تهدف هذه التعليقات إلى إعطاء صورة

دقيقة وشاملة للحالة النفسية فإن ذلك يتطلب عرضاً أوسع للمعلومات الأساسية عن كل حالة.

والفائدة المرجوة هي إعطاء فكرة موجزة عن التشخيص ضمن عدة محاور وليس التشخيص المختصر بكلمة واحدة فقط. وهذا ما يعطي فوائد علاجية حيث يتم البرنامج العلاجي وفقاً لعدد من النقاط ومنها شخصية المريض والعوامل النفسية الخاصة به. حيث تتجه أساليب التشخيص الحديثة إلى تقييم حالة المريض ضمن عدة محاور مختلفة مثل التشخيص الأساسي، والتشخيص الإضافي المشارك، وحالة الشخصية. وأيضاً الاضطرابات والأمراض العضوية، ودرجة الأداء العملي والاجتماعي، إضافة إلى درجة الضغوط النفسية الاجتماعية. [مرجع رقم ١٦].

وهناك محاور أخرى إضافية مثل العوامل النفسية الديناميكية ودرجة الذكاء وغير ذلك.. مما يهدف إلى إعطاء تفاصيل متكاملة عن الحالة المرضية في الدراسات النفسية.

● ● ●

الفصل الثالث:

التشخيص

لقد مر تاريخ تشخيص الاضطرابات النفسية بمراحل ومنعطفات عديدة خلال تاريخ الطب والتاريخ الإنساني. ولعل الطب النفسي يختلف عن فروع الطب الأخرى في هذا الموضوع حيث أن المصطلحات الطبية النفسية لا تزال أكثر غموضاً لدى الناس مقارنة مع مصطلحات فروع الطب الأخرى. كما أن كثيراً من المصطلحات الشعبية والشائعة لا تزال تتردد على ألسنة الناس تصف عدداً من الحالات النفسية بشكل مزعج ومهين يساعد على عزلة المريض عن الآخرين ويضع المريض ضمن إطار حديدي يصعب الخروج منه والشفاء..

والتسمية الطبية هدفها الأساسي تحديد ملامح المرض وأعراضه وما يتعلق به من أسباب ومضاعفات وأيضاً طرق العلاج. واستعمال التسميات الطبية يساعد على سهولة التفاهم بين المشتغلين في العلوم الطبية لتبادل المعلومات وإجراء الأبحاث المختلفة على مختلف الحالات المرضية. والإنسان

العادي يهمه معرفة تسمية المرض أو الاضطراب الذي يعاني منه مما يسهل عليه معرفته بطرق الوقاية والعلاج وإنذار المرض وتطوره في المستقبل.

ويضيف إلى قدرته على السيطرة على نفسه وعلى فهمه لأعراضه المرضية بدلاً من أن يكون جاهلاً بما يجري في جسمه من آلام وأعراض مزعجة ولا يدرك أو يفهم ما الذي يحدث له.

وإنَّ تطور الطب النفسي قد ارتبط بتغيير عدد من التسميات والمصطلحات الطبية وابتكار مصطلحات جيدة. ويعكس ذلك حيوية هذا المجال الطبي والبحث المستمر نحو الأفضل بما يتناسب مع التطور العلمي وخدمة المريض نفسه. ولكن لا يزال كثير من المصطلحات الطبية النفسية غامضاً وصعب الفهم والحفظ. وتحتاج هذه المصطلحات إلى جهد خاص لاستيعابها وتداولها. وبعض الأطباء يعتبر ذلك أمراً طبيعياً مرتبطاً ببقية العلوم الأخرى التي لها مصطلحاتها الخاصة. والبعض الآخر يرفض كثيراً من هذه المصطلحات ويفضل أن يستعمل لغة بسيطة غير محددة وهناك فئة وسطى تجد أنه لا غنى عن التسميات والمصطلحات ولكن تقريبها وتبسيطها أمر مطلوب مما يساعد على انتشار الثقافة النفسية ويزيل كثيراً من الغموض والرهبة المرتبطان بالطب النفسي والاضطرابات النفسية.

وعند تشخيص الاضطرابات النفسية وفقاً لقواعد محددة

وثابتة تبرز مشكلات عديدة ويظهر كثير من الاختلاف بين مختلف المدارس والمذاهب الطبية. ذلك أن تعريف الاضطراب والأعراض وشدتها ومدتها وتفريقها عن الحالات الطبيعية يعتبر من المشكلات الكبيرة التي تواجه الطب النفسي. ومع أن جهوداً كبيرة قد بذلت ولا تزال تبذل للاتفاق حول مضمون اضطراب نفسي معين بين مختلف المدارس والمجتمعات فإنه لا يزال هناك العديد من المشكلات التطبيقية والنظرية.

ونظرة سريعة إلى الوضع الحالي تشير إلى أنه قد حصل تقدم ملحوظ خلال السنوات الأخيرة منذ صدور دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكية الثالث عام ١٩٨٠. حيث صدر دليل موسع لتشخيص كل اضطراب نفسي على حدة اعتمد بشكل أساسي على النظر إلى الاضطراب النفسي المحدد بأنه تناذر أو متلازمة (Syndrome) من الأعراض المرضية تجتمع معاً وتشكل الاضطراب. وهناك تحديد لمدة هذه الأعراض وشدتها وعددها الأدنى الذي يجب توفره في المريض كي نطلق عليه تشخيصاً محدداً.

وقد تم تطبيق هذه الطرق في التشخيص بشكل تجريبي على أعداد كبيرة من المرضى قبل اعتمادها وحدثت تعديلات وتنقيحات متعددة إلى أن ظهر الدليل في شكله النهائي. وقد كان له تأثير في عديد من دول العالم وكان ينافس دليل تشخيص الاضطرابات النفسية العالمي الذي تصدره منظمة

الصحة العالمية. وقد تم تعديله في عام ١٩٨٧ وفقاً لنتائج العديد من الأبحاث المختلفة وظهر في طبعته المعدلة [مرجع رقم ١٦].

ومن خلال المزيد من الحوار والمؤتمرات والأبحاث حدث تقارب واضح بين الدليل الأمريكي والدليل العالمي في طبعته الأخيرة والتي ستصدر في عام ١٩٩٣. وقد تغيرت عدة مصطلحات وتغير تشخيص بعض الاضطرابات وتحدد بعضها الآخر بشكل أكثر وضوحاً. كما ألغيت بعض الاضطرابات الأخرى.

ومما لا شك فيه أن هذا التطور مفيد ولكنه لا يزال الباب مفتوحاً لمزيد من التعديل والآراء حول طريقة تشخيص الاضطرابات النفسية ومضمون كل اضطراب على حدة وما يرافقه.

وقد تعودنا في تشخيص كثير من الأمراض الجسمية الطبية على ما يسمى بالتشخيص السببي (Etiological Diagnosis). أي من خلال معرفة السبب المؤدي إلى المرض مثل التهاب اللوزات الجرثومي أو التهاب البلعوم الفيروسي وغير ذلك. حيث إن السبب معروف وهو العامل الجرثومي أو الفيروسي الذي يصيب منطقة معينة من الجسم ويحدث فيها الاضطراب. وقد توصل الطب إلى معرفة الكثير من العوامل المسببة للأمراض الجسمية ولا يزال الغموض يكتنف بعضها الآخر.

وأما في مجال الطب النفسي فإن الصورة تختلف كثيراً.

حيث لا تزال غالبية الاضطرابات النفسية غير محددة الأسباب تحديداً دقيقاً. وهناك عدد من الفرضيات والنظريات حول الأسباب. وبعض النظريات النفسية لا تجد تأييداً تجريبياً قوياً وبعضها الآخر أكثر إقناعاً وفائدة ودليلاً علمياً.

والنظرة المتوازنة لتفسير الاضطرابات النفسية تعتمد على عدة عوامل يطلق عليها اسم العوامل العضوية ـ النفسية ـ الاجتماعية. حيث ينظر للاضطراب النفسي من عدة زوايا مختلفة كالعوامل الوراثية والكيميائية والفيزيولوجية والجسمية إضافة إلى العوامل النفسية الذاتية والتعلم إلى العوامل الاجتماعية والثقافية وطرق التربية والظروف المحيطة بالإنسان.

وهذه النظرة الشاملة المتكاملة قد أثبتت نجاحها بشكل عام من خلال فرضياتها عن نشوء الاضطراب النفسي والأساليب العلاجية المتعددة الجوانب. فالعلاج النفسي ليس دواء يأخذه الإنسان من الصيدلية ثم يشفى. كما أنه ليس كلاماً طيباً يسمعه المريض من الطبيب ثم يشفى. وبالطبع فإن كل اضطراب نفسي يختلف عن غيره من حيث استجابته لنوع واحد من أنواع العلاج. وتلعب الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية دوراً هاماً في نوعية العلاج المتوفر. والعلاج الصحيح المتكامل قد لا يكون متوفراً للجميع نظراً للعوامل العديدة المرتبطة به.

وأما بالنسبة لمصطلح الخوف الاجتماعي فقد برز كتشخيص مستقل عام ١٩٨٠ في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكي. وقبل ذلك كان يعتبر جزءاً من القلق العام

أو حالات الخوف أو اضطرابات الشخصية دون تحديد واضح. وقبل ذلك كان للمدرسة السلوكية دوراً هاماً في إلقاء الضوء على هذا الاضطراب حيث يسمى أحياناً القلق الاجتماعي. وتمت دراسته من عدة جوانب. وبعد ذلك تزايد الاهتمام به من قبل الأطباء. وأجريت كثير من الدراسات حول صفات الشخصية والظروف التربوية والاستجابة لعدد من الأدوية وغير ذلك. ولكن إذا قورن الاهتمام الذي لاقته اضطرابات القلق الأخرى ومنها حالات القلق الحاد والخوف من الخروج من المنزل أو الخوف من السوق (Agoraphobia) فإنه يمكن القول بأن الخوف الاجتماعي كاضطراب نفسي لم يأخذ القدر الكافي من الاهتمام والدراسات. ويشير إلى ذلك أحد المقالات العلمية الهامة وعنوانه «الخوف الاجتماعي.. أحد اضطرابات القلق المهملة!؟». [مرجع رقم ٢٦].

ويعتبر هذا الاضطراب مناسباً لدراسته العلمية الدقيقة من مختلف الجوانب العضوية والنفسية والاجتماعية ولا يزال الباب مفتوحاً لإلقاء المزيد من الضوء على جوانب هذا الاضطراب المختلفة. وأول المشكلات التي يجب أن تأخذ قدراً كافياً من الحلول والاتفاق هي عناصر التشخيص نفسه. ويتطلب التشخيص وفقاً لدليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكي توفر الأمور التالية:

١ ـ حالة الخوف المستمرة من واحد من المواقف الاجتماعية أو أكثر. حيث يتعرض الإنسان إلى احتمال تفحصه من

قبل الآخرين. ويخاف من أن يعمل عملاً ما أو يتصرف بطريقة خاصة تؤدي إلى إهانته والتقليل من شأنه أو إلى الارتباك. وأمثلة ذلك أن لا يستطيع الاستمرار في الكلام أثناء الحديث أمام الناس. وأن يغص بالطعام أثناء تناوله أمام الآخرين. وأن لا يستطيع التبول في المراحيض العامة. وأن ترتجف يده عند الكتابة أمام الآخرين. وأن يخشى من أن يقول أموراً حمقاء أو أن لا يستطيع الإجابة على الأسئلة في المواقف الاجتماعية.

٢ ـ في حال وجود اضطراب نفسي آخر أو اضطراب عضوي فإن الخوف غير مرتبط بذلك. وعلى سبيل المثال فإن الخوف ليس من حدوث نوبة الهلع أو القلق الحاد كما في اضطراب القلق المسمى بحالة القلق الحاد أو الهلع. وأيضاً ليس الخوف من التلعثم كما في اضطرابات النطق والتأتأة (Stuttering) وأيضاً ليس الخوف من الرعشة كما في مرض باركنسون (الشلل الرعاش) أو الخوف من ظهور سلوك غير طبيعي مرتبط بالطعام والأكل كما في القمه العصبي (أو العصابي) (Anorexia) والنهام العصبي (شدة النهم للأكل) (Bulimia). (وهذان الأخيران من اضطرابات الطعام النفسية المستقلة بذاتها).

٣ ـ خلال إحدى فترات هذا الاضطراب يحدث عند التعرض للموقف المثير للخوف (أو للمواقف) رد فعل فوري يتميز بالقلق.

٤ ـ يحدث تجنب للموقف المخيف (أو المواقف) أو أن الموقف يحتمل ولكن بقلق وتوتر شديدين.

٥ ـ إن تجنب المواقف والسلوك الهروبي يتدخل في أداء الإنسان المهني أو في نشاطاته الاجتماعية العادية أو في علاقاته مع الآخرين، أو أن هناك انزعاج شديد لدى الإنسان لأن لديه هذا الخوف.

٦ ـ يدرك الإنسان أن خوفه مفرط في درجته أو أنه غير منطقي.

٧ ـ إذا كان الإنسان تحت عمر الثامنة عشرة فإن الاضطراب الذي لديه لا ينطبق عليه تشخيص الاضطراب الهروبي عند الأطفال والمراهقين.

وأخيراً يجب تحديد ما إذا كان الاضطراب متعمماً، حيث يكون الخوف من معظم المواقف الاجتماعية. وعندها ضع في عين الاعتبار، التشخيص الإضافي وهو الشخصية الهروبية. [مرجع رقم ١٦].

وكما هو واضح من النقاط السابقة فإن تشخيص الخوف الاجتماعي يمكن أن يكون من خلال موقف اجتماعي واحد أو عدة مواقف يخافها الإنسان.

وبالطبع فإن كثيراً من الناس يخاف من أن يتكلم أمام جمهور كبير وهذا شعور طبيعي ولا يصل إلى درجة الاضطراب إلا إذا كان ذلك الخوف والهروب من الموقف يسبب للإنسان

قلقاً شديداً أو يؤثر على حياته المهنية أو على علاقاته الاجتماعية. وعادة فإن الإنسان العادي يضطرب ويخاف من المواقف الاجتماعية ولكنه يتعود على الأداء في هذه المواقف بعد عدة مرات وقلقه وخوفه يخف مع تكرار مواجهته للموقف.

ومثال ذلك الخطيب أو الممثل الذي ترتبط حياته المهنية وعمله بالتحدث أمام الناس فإذا كان يخاف من هذا الموقف بشكل مستمر ويحاول أن يتجنبه أو أنه قلق ومتضايق بسبب هذا الخوف الذي ينتابه ويحس أنه مفرط أو غير منطقي فإن تشخيص الاضطراب عنده يكون مؤكداً. وبعض الناس قد لا يعبر مباشرة على أن خوفه مفرط في درجته أو أن هذا الخوف غير منطقي أساساً ويشكو من أعراضه ولا يدري لماذا يصيبه الخوف ولكن بعد مزيد من الحوار يمكنه أن يدرك أن خوفه مفرط أو غير منطقي. والبعض الآخر يمكن أن يعتبر أن خوفه منطقي وهو يخاف أثناء الحديث أن يتلعثم وأن ذلك قد يحدث عند الحديث أمام الناس وفيهم أشخاص مهمين وأفضل منه. ولكنه يدرك أن خوفه مفرط في درجته. والبعض الآخر يعتبر أن خوفه غير منطقي كأن يرتبك أو يخاف من الحديث أمام مجموعة من الطلبة صغار السن أو الأطفال مع أنه بالغ عاقل وكبير في السن.

وأما بالنسبة للنقطة الثانية فهي عدم ارتباط الخوف بأعراض اضطراب نفسي آخر أو عضوي. وهذا الخوف يطلق عليه اسم الخوف الاجتماعي الثانوي أو التالي لاضطراب آخر. وقد أدخلت هذه النقطة في دليل التشخيص الأمريكي عام

١٩٨٧ ولم تكن موجودة في دليل عام ١٩٨٠ . والغاية من ذلك تحديد مجموعة من المرضى يشتركون بعدد واضح من الصفات وأيضاً توضيح التشخيص مما يؤدي إلى إطلاق التشخيص على مجموعة من الحالات أكثر تجانساً (Homogenous group) وهذا ما يفيد في الأبحاث والدراسات المتنوعة. ومن الناحية العملية فإن هذا التفريق ضروري أيضاً في كثير من الحالات لاختلاف أنواع العلاج.

وهناك عدد من الملاحظات حول عناصر التشخيص السابقة. . ومنها صعوبة التفريق بين الخوف الطبيعي والخوف المرضي. وكما ذكر سابقاً فإن الخوف المرضي يتميز بأنه خوف مستمر ويرافقه قلق شديد وتجنب للمواقف إضافة إلى التأثير السلبي على الحياة المهنية والعلاقات الاجتماعية. وهذا التفريق قد لا يكون أمراً سهلاً في عدد من الحالات.

والمشكلة تكمن في انتقاء حالات شديدة وتسميتها بالاضطراب وإهمال الحالات الخفيفة أو المتوسطة الشدة. وهذا ما يسمى الإقلال من التشخيص أو نقص استخدام التشخيص (Underdiagnosis) والمشكلة المعاكسة هي إطلاق التشخيص بسهولة، وفي حالات قد يكون الخوف منها مؤقتاً وغير مستمر لفترة كافية وهذا ما يسمى الإفراط في استخدام التشخيص (Overdiagnosis).

والحقيقة أن تحديد الخوف المستمر أو درجة التأثير السلبي على الحياة المهنية ليس أمراً سهلاً. ومن الحلول

الممكنة تقسيم حالات الخوف الاجتماعي إلى عدد من الدرجات مثل أن نقول اضطراب خفيف أو متوسط أو شديد. وهذا التقسيم موجود بالنسبة للخوف من الخروج إلى السوق [مرجع رقم ١٦]. ويحتاج هذا الحل إلى مزيد من الدراسات والمناقشات في الدوائر العلمية.

والموضوع الآخر هو الخوف الاجتماعي المتعمم حيث يخاف الإنسان من عدد من المواقف الاجتماعية. وهنا يصعب أولاً هذا التحديد فما هو هذا العدد ثلاثة مواقف أو أربعة أو أكثر حتى نقول أنه متعمم. وثانياً علاقة هذا التشخيص في حال كونه متعمماً باضطراب في الشخصية يسمى الشخصية القلقة الاجتنابية (Anxious. Avoident Personality). والحقيقة أن بعض الباحثين يعتبر أن الخوف الاجتماعي وهو أحد أنواع اضطرابات القلق يجب أن يكون محدداً بموقف اجتماعي محدد. وإذا كان متعمماً فهو ليس اضطراب من اضطرابات القلق والخوف بل هو اضطراب في الشخصية. ولا يوجد دليل واضح على هذه النظرية إضافة إلى تبسيطها المبالغ فيه للمشكلة.

وعادة، فإن اضطرابات القلق لها بداية محددة في تاريخ الإنسان. وحالة الخوف الاجتماعي تبدأ عادة في سن المراهقة أو بعد ذلك بقليل أي من ١٥ ــ ١٧ سنة (بعض الحالات تبدأ بعد ذلك). وأما اضطرابات الشخصية فهي تبدأ عادة في بداية مرحلة الشباب حيث تتحدد ملامح الشخصية المضطربة حوالي سنة الثامنة عشرة. والشخصية الاجتنابية الهروبية لها عدد من

الصفات والملامح مثل صفة الهروب من إقامة علاقة اجتماعية ما وتجنب ذلك إذا لم يكن هناك ضمانات بتقبل الشخص بشكل كامل دون انتقاد. وأيضاً الجبن العام وعدم المغامرة وتضخيم المخاطر في مختلف أمور الحياة وغير ذلك..

(انظر الفصل الخامس حول الشخصية الاجتنابية القلقة).

وهكذا يمكن في عدد من الحالات التفريق بين اضطراب الخوف الاجتماعي المتعمم وبين الشخصية الاجتنابية الهروبية وفي بعض الحالات يجتمع كلاهما. وأما في بعض الحالات الأخرى، فإن صفات الشخصية الهروبية لا تكون كثيرة وواضحة أو تكون هناك بعض صفات لأنواع أخرى من اضطرابات الشخصية.

ويعتقد بعض الأطباء أن التفريق بين الخوف الاجتماعي المتعمم والشخصية الاجتنابية الهروبية ليس له أهمية عملية كبيرة حيث أن كلاهما يحتاج إلى التدريب واكتساب المهارات الاجتماعية وأحياناً العلاج الدوائي وغير ذلك. وأهمية التفريق بينهما لها أبعاد نظرية معقدة. ويعتقد المتعصبون من مدرسة التحليل النفسي أن محاولات التفريق هذه غير مفيدة حيث أن القلق أو المخاوف وغيرها من الاضطرابات النفسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتطور الشخصية وتكوينها ولا يمكن علاج الخوف وحده بمعزل عن تعديل الشخصية نفسها.

وأما تشخيص الخوف الاجتماعي في دليل تشخيص

الاضطرابات النفسية الدولي الأخير [مرجع رقم ٢٢]، فهو مشابه في مضمونه العام لدليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكية ولكنه أكثر غموضاً في تحديده للعناصر الأساسية للاضطراب وأيضاً بالنسبة لحالات الخوف الاجتماعي الثانوي لاضطراب عضوي. وأيضاً بالنسبة لعلاقة هذا الاضطراب باضطرابات الشخصية حيث اعتبر الدليل صفتان وهما من صفات الشخصية أنها ترافق عادة الأعراض الأخرى لاضطراب الخوف الاجتماعي وهما الخوف من النقد وتقدير الذات المنخفض. ومن النقاط الإيجابية في الدليل المذكور انه أوضح أن بعض المرضى يعتبرون جزءاً من أعراض القلق التي تنتابهم كالرجفة أو احمرار الوجه أنها هي المشكلة الأساسية وليس الخوف من الموقف الاجتماعي.

وقد قام عدد من الباحثين بإصدار استبيانات (Questionaires) ومقاييس خاصة لتقدير حالة الخوف الاجتماعي. مثل استبيان الخوف (١٩٨٢) (ماركس ـ ماثيو) [مرجع رقم ٣١]. وهو يضم خمسة مواقف اجتماعية ويطلب من الشخص أن يحدد درجة تجنبه لهذه المواقف. وفيه عدد آخر من المواقف المتعلقة باضطرابات الخوف الأخرى.

وأيضاً مقياس التوتر وتجنب المواقف الاجتماعية (١٩٦٩) (واطسن ـ فريند) [مرجع رقم ٢٦]. وهو يضم ثمان وعشرين عبارة ويطلب من الشخص أن يضع إشارة صح أو غلط على العبارة التي تنطبق عليه.

وأيضاً مقياس الخوف الاجتماعي (١٩٨٧) (ليبوفيتز) [مرجع رقم ٢٧]. وهو يضم أربعة وعشرين موقفاً ويقوم الفاحص بتسجيل إجابات الشخص المفحوص وفقاً لشدة درجة القلق عند مواجهة الموقف وأيضاً تسجل درجة تجنب الموقف.

[انظر إلى الملحق رقم (١) وفيه استبيان للمواقف المتعلقة بالخوف الاجتماعي ويضم ٣٧ موقفاً يشترك في الإجابة عليه الشخص المفحوص والفاحص أعده المؤلف ليتناسب مع البيئة العربية الإسلامية. وهو يعتمد على عدد من المقاييس والاستبيانات مثل مقياس الخوف الاجتماعي (ليبوفيتز) واستبيان المواقف الاجتماعية [مرجع رقم ٣٢]، واستبيان الخوف (ماركس ــ ماثيو)].

وتستعمل هذه المقاييس لإعطاء درجة خاصة للاضطراب عند الشخص المريض. وذلك عند إجراء الدراسات العلاجية وغيرها وملاحظة مدى التحسن في درجات الخوف.

ويمكن استعمالها أيضاً في التشخيص وفي إعداد المخطط العلاجي بالتعاون مع المريض. ولم يثبت تفوق مقياس على غيره وفي بعض الأبحاث يستعمل الباحث عدة مقاييس معاً.

وكما هو واضح مما سبق فقد حصل تقدم واضح في تشخيص الاضطرابات النفسية وتشخيص الخوف الاجتماعي وتبقى بعض المشكلات التي تحتاج إلى حلول مفيدة [مرجع

رقم ٢١]. وفي العالم الثالث تظهر مشكلات إضافية مرتبطة بموضوع التشخيص حيث تبرز أهمية الاختلافات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية عن الدول الأخرى. وتبرز التجربة العملية في التعامل مع الاضطرابات النفسية أهمية هذه الاختلافات وضرورة الاهتمام بها ودراستها والتعرف على نقاط الاختلاف بين مظاهر الاضطراب النفسي في مجتمع معين مقارنة بالمجتمعات الأخرى. وهناك عدد من المحاولات المفيدة [مرجع رقم ١٧]. ولا يزال الباب مفتوحاً أمام المزيد من الدراسات والمساهمات في هذا المجال.

● ● ●

الفصل الرابع:

الخجل والاضطرابات المتعلقة به عند الأطفال

إن النمو الطبيعي للطفل يتميز بمروره بعدد من المراحل، وهذه المراحل لها صفاتها المميزة من حيث تطور القدرات الجسمية والعقلية والسلوكية.

ويمر الطفل بمرحلة الخوف من الأشخاص الغرباء منذ الشهر السادس وحتى السنتين ونصف من العمر. وهذه مرحلة طبيعية كما ذكر سابقاً. وبعض الأطفال يظهر نوعاً من الخجل والاعتماد على الأهل عند اللقاء مع الأقرباء أو الأصدقاء أو الأشخاص الغرباء. وهذا الخجل هو حالة طبيعية في كثير من الأحيان. ولا سيما في حالة الطفلة البنت. ويساعد المجتمع على ذلك حيث أنه يتوقع من الأنثى أن تكون أكثر سلبية وتحفظاً من الذكر. كما يتوقع من الذكر أن يكون أكثر انطلاقاً وجرأة واعتماداً على النفس وأكثر عدوانية أيضاً.

وعندما يكون الخجل على درجة شديدة ومستمراً لستة اشهر على الأقل يمكن عندها أن نسميه اضطراباً نفسياً. ويسمى عند الأطفال بالاضطراب الاجتنابي (الهروبي) (Avoident disorder) وهو أحد أنواع اضطرابات القلق عند الأطفال. وهي اضطراب قلق الانفصال (Separation Anxiety) واضطراب القلق المفرط (Over anxious disorder).

واضطرابات القلق عند الأطفال قد تستمر إلى مرحلة الشباب وعندها تتغير بعض التسميات والمصطلحات. وبعضها الآخر يتحول إلى اضطرابات نفسية أخرى. وفي الحالات الأخرى تتحسن هذه الاضطرابات وتزول مع نضوج الطفل وتعلمه أساليب تكيفية ناجحة ولا سيما في الحالات التي يعطى فيها الطفل اهتماماً أكبر ورعاية خاصة لمساعدته على تجاوز حالته وفي حال توفر الظروف الملائمة لتطوره الطبيعي وهذا ما يهدف إليه العلاج النفسي للأطفال.

وينتشر الاضطراب الاجتنابي (الهروبي) عند الإناث أكثر من الذكور ولكنه يظهر عند الذكور بشكل مبكر. وتلعب العوامل التكوينية المزاجية دوراً في هذا الاضطراب. كما أن الحرمان من أحد الأبوين أو كليهما له دور في ذلك. إضافة إلى الإيذاء الجسدي أو الجنسي (physical or sexual abuse) الذي قد يتعرض له الطفل. وبعض الآباء مسيطرون وأقوياء وبعضهم الآخر يشكو من التحفظ والخجل. وفي عديد من الحالات

يتعرض الطفل للانتقاد والتصغير في جو الأسرة وأمام الضيوف والغرباء.

وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين الأطفال الذين لديهم أمراض جسمية شديدة كالحمى الرثوية (الحمى الروماتيزمية) (Rheumatic Fever) والتشوهات العظمية المختلفة وغير ذلك من العاهات الجسمية مما يضيف إلى صعوبة تكيف هؤلاء الأطفال مع أقرانهم الأطفال ومشاركتهم في اللعب والنشاطات الرياضية المختلفة، ويجعل قدراتهم الاجتماعية ناقصة وغير كافية.

وينتشر أيضاً بين الأطفال المغتربين مع أهلهم. أو الذين يتنقل أهلهم كثيراً في عدة مدن أو بيئات مختلفة حيث يفتقد الأطفال إقامة علاقات مستمرة ويخسرون تعلم القدرات الاجتماعية المختلفة [مرجع رقم ١٦ ــ ٤٤].

وتلعب اضطرابات تطور اللغة والنطق (Language and speach disorders) دوراً مهيئاً لهذا الاضطراب. وهذه الاضطرابات تشمل اضطرابات نطق بعض الأحرف وأيضاً الإبدال والحذف (Omission and substitution) وأيضاً نقص القدرة على التعبير اللغوي الصحيح حيث يستعمل الطفل قواعد مبسطة وجمل قصيرة. إضافة إلى صعوبة تعلم كلمات جديدة. وهذه الاضطرابات اللغوية تكون عادة مرحلية (Developmental) ومرتبطة بالنمو. وهي تتحسن تلقائياً ويزيد التدريب من إمكانية التحسن.

ويهيّىء أيضاً للاضطراب الاجتنابي الهروبي وجود أحد أنواع اضطرابات القلق عند الأم. [مرجع رقم ١٦].

وقد تكون الأسباب أكثر غموضاً وتعقيداً وتلعب عدة عوامل معاً دورها في نشوء هذا الاضطراب.

(انظر إلى الفصل التاسع حول أسباب الخوف الاجتماعي).

والملامح الأساسية لهذا الاضطراب هي الابتعاد عن إقامة علاقات جديدة، مما يؤدي إلى تأثر حياة الطفل في علاقاته الاجتماعية. وتستمر علاقة الطفل مع أهله بشكل طبيعي ولكن يغلب عليه السلوك الاعتمادي والطلبات الذاتية الكثيرة وهو يهرب من الألعاب التنافسية الرياضية وغيرها. وفي المناسبات والمواقف الاجتماعية يحاول الطفل الاختباء أو يتكلم بصوت منخفض ويهمس همساً في أحيان أخرى. وتظهر عنده أعراض الارتباك واحمرار الوجه والتلعثم بينما يكون غاضباً ومتعجرفاً مع أهله. ولا يوجد لديه أي اضطراب في الذكاء عادة.

وإذا أجبر على المشاركة في المواقف الاجتماعية يصبح متوتراً وربما يبكي ويصرخ ويرفض المشاركة. ويصر على الاقتراب من الأهل والالتصاق بهم.

ويؤدي هذا الاضطراب إلى تأخر قدرات الطفل الاجتماعية وظهوره كشخصية منكمشة مكبوحة (Inhibited) متجمدة ومتحفظة مما يجعله يخسر كثيراً من الأصدقاء وتضيع

عليه فرص اللعب والمرح والانطلاق وتكوين مهارات جديدة رياضية أو ثقافية .

وأثناء الفحص النفسي لهذه الحالات نجد أن الطفل يصعب عليه أن يترك أبيه أو أمه ويجلس في غرفة الفحص منكمشاً ولا يقترب من الألعاب أو أوراق الرسم وبعد صعوبة يمكنه أن يتفاعل مع الفاحص وتكون كثير من اهتماماته في أمور الطعام وأدوات المطبخ إضافة إلى الرموز الأمومية والأطفال الرضع . وتظهر أيضاً بعض الاتجاهات العنيفة والتحطيم والرسومات غير الواضحة . وهو يفضل استعمال عدد قليل من الألوان في الرسم والأشكال التي يرسمها صغيرة وفي جانب صغير من الورقة وعندما يرسم بيتاً لا يضع له نوافذ أو أبواب .

والاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال يترافق عادة مع أعراض القلق العام والتوتر والمخاوف المتنوعة . وتشكو شخصية الطفل من ضعف الثقة بالنفس وعدم القدرة على تحقيق الشخصية والدفاع عن النفس [مرجع رقم ٤٤] .

وبعض هذه الحالات تستمر لفترات طويلة وبعضها الآخر يتحسن . وعندما يكون هذا الاضطراب شديداً ومتعمماً ومستمراً يمكن أن نطلق عليه اسم اضطراب الشخصية الاجتنابية الهروبية مما يعني بشكل عام أن الاضطراب سيأخذ شكلاً مزمناً وشديداً . وهناك كثير من الحالات التي تتحسن تلقائياً كما ذكر سابقاً وهذا ينطبق على عدد من اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة . وفي إطلاق التسميات الخاصة على اضطرابات الأطفال

النفسية واختلافها عن اضطرابات الكبار هذا المعنى الأساسي، وهو إمكانية تحسن الحالة وزوالها مع تقدم الطفل في المراحل الدراسية الأولية ومع ازدياد قدراته وربما تغير ظروفه الأسرية والعائلية. ويلعب التطوّر النفسي الذاتي والعقلي دوراً هاماً في تحسن الحالات النفسية عند الأطفال وهذا ما يستدعي تفريقها ودراستها المستقلة وإعطاء التسميات الخاصة بها.

وأما بالنسبة للعلاقة بين الاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال والخوف الاجتماعي المتعمم عند الكبار والشخصية الاجتنابية الهروبية عند الكبار فهي لا تزال غامضة وهي ليست علاقة طردية متبادلة. وقد تتطور بعض الحالات إلى الخوف الاجتماعي المتعمم أو إلى الشخصية الهروبية وبعضها الآخر لا تحدث لديه هذه الاضطرابات.

ويفضل عادة من الناحية العملية أن لا يطلق تشخيص الخوف الاجتماعي أو الشخصية الاجتنابية الهروبية في حالات الأطفال إلاّ إذا كانت أعراض هذه الاضطرابات واضحة وشديدة وهذا ما يحدث في عدد من الحالات. وذلك لاعتبارات نظرية حول نشوء الاضطرابات النفسية إضافة للاعتبارات العملية وهي بشكل أساسي إمكانية التحسن والتطور الإيجابي التلقائي. وأما من الناحية العلاجية فإن تشجيع الطفل المستمر على الأداء في المواقف الاجتماعية له دور أساسي وذلك عن طريق المكافآت وغيرها. كما أنّ زيادة الزيارات وتوفير الفرص الاجتماعية العملية، أسلوب فعّال وناجح. وإن تنمية المهارات الفنية

والرياضية والإبداعية يساعد الطفل على زيادة ثقته في نفسه ويسهل انخراطه في المواقف الاجتماعية الجديدة مع الأطفال الآخرين. وكثيراً ما يفيد الطفل اشتراكه في نادي خاص أو تغيير المدرسة.

ومن الأمور الهامة والتي لا تلقى الاهتمام الكافي هي تغيير سلوك الأبوين تجاه الطفل من حيث إطلاق الصفات السلبية عليه وعدم إشراكه في بعض المناسبات نظراً «لأنه خجول» ولا يتفاعل. بل يجب الأخذ بيده وبالتدريج ليزيد من مشاركته وتفاعله. ويحتاج الأبوين إلى الصبر وبعض الجهد والمعلومات إضافة لهدوء الأعصاب مما يساعدهم على استمرارهم في خطة التشجيع المستمر وتفهم خوف الطفل وقلقه والحوار معه وتفهم أحاسيسه وآرائه والعمل على تعديلها. ومن الملاحظات العملية المفيدة إعطاء «خمسة دقائق إضافية للطفل يومياً» وفيها مزيد من الاهتمام بالطفل والتدريب على أداء بسيط مثل قول نكتة أو نشيد ومكافأته على ذلك. وتشجيعه أن يحضر لليوم التالي شيئاً كي يقوله أمام الأهل أو أشخاص آخرين.

ويمكن للمعالج النفسي أن يكون عوناً للأهل في تقدير حالة الطفل وإعطاء الإرشادات والملاحظات المفيدة ضمن برنامج علاجي محدد.

(أنظر الفصل العاشر: العلاج. للمزيد من التفاصيل).

● ● ●

❑ الفصل الخامس:

الشخصية الاجتنابية الهروبية القلقة

❑ مقدمـة عامـة :

إن الاهتمام بشخصية الإنسان وصفاتها قديم قدم التاريخ الإنساني، وهو اهتمام يجذب الإنسان لأن معرفته بالشخص الآخر تعطيه فوائد كثيرة عن كيفية التعامل معه وتوقع سلوكه في عدد من المواقف الحالية أو في المستقبل. والأب أو الأم يهتم كل منهما بتقدير شخصية الطفل في صغره أو مراهقته ويصفانه بعدد من الأوصاف السلبية والإيجابية وهما يحاولان التأثير عليه ليكون شخصية أفضل..

كما يهتم الإنسان في مختلف مراحل حياته في تكوين معلومات أكثر عن الأشخاص الذين يصاحبهم ويتعامل معهم وهو يرتاح لبعض الأشخاص وينزعج من البعض الآخر. كما أن كل إنسان له تقدير شخصي عن طبيعة شخصيته وصفاتها

المتنوعة وهو في بعض الأحيان يتمنى أن يتغير في أسلوب معين من تصرفاته.

وتكثر في اللغة أوصاف الشخصية وبعض هذه الأوصاف تحمل معنى أخلاقياً أو حكماً على الشخص نفسه بالمعنى السلبي أو الإيجابي. كأن تقول أن هذا الإنسان متردد أو جبان أو أنه عنيد أو حازم أو غير ذلك.

والحقيقة أن دراسة الشخصية بالأسلوب العلمي لم تبدأ إلا في بداية القرن التاسع عشر حيث ظهر عدد من النظريات لتفسير شخصية الإنسان وصفاته في حالة الانحراف وفي الحالات السوية. وقد اهتم علم النفس بذلك وظهر عدد من اختبارات الشخصية لقياس صفاتها وأنواعها.

كما اهتم الطب النفسي بشكل خاص بما يسمى بالشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial Personality). وقد درست دراسات مستفيضة من حيث أوصافها والعوامل المسببة لها من النواحي العضوية والتربوية والاجتماعية. حيث تبين أهمية التشوهات الجسمية البسيطة مثل تشوه الأذان وتقوس الأصبع الخامس وصغر الرأس أو تأثير الكحول وغيره في المرحلة الجنينية، إضافة إلى تفكك الأسرة وعدم التفاهم الأسري والعنف تجاه الطفل، والحرمان الأمومي وغياب أو ضعف التأديب وغير ذلك من العوامل المرتبطة بنشوء الشخصية المضادة للمجتمع.

ومن النظريات الهامة حول الشخصية تقسيمها إلى المحور

الانطوائي والمحور الانبساطي في الشخصية (يونج ١٩٢٨). حيث يرتبط بالانطواء والانبساط (Introversion-Extraversion) عدد من الصفات والأساليب المحددة. وهذا تبسيط شديد لفهم شخصية الإنسان.

وهناك اختبار الصفات (كاتل ١٩٦٨) وهو عبارة عن ١٠٠ سؤال والإجابة عليه بنعم أو لا وهو يحدد ١٦ صفة من صفات الشخصية مثل السيطرة ـ الخضوع، والمغامرة ـ الجبن، والتفاعل المرح ـ الجدية وغير ذلك.

وأيضاً اختبار الشخصية (أيزنك) وهو يقيس درجة الانطوائية والانبساطية إضافة للميول العصابية والذهانية. واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه (هاثاوي ـ ماكينلي ١٩٤٣) وهو يقيس عدداً من الاضطرابات مثل الفصامية والهستيريا والذكورة والأنوثة والشخصية المضادة للمجتمع وغير ذلك.

وتحدث (رايش ١٩٣٠) عن تحليل الشخصية والتصفح الطبعي وضرورة تعديل الشخصية وعلاجها. واعتبر (شنايدر ١٩٣٤) أن الشخصية المضادة للمجتمع ناتجة عن اضطرابات في تكوين الدماغ. [مرجع رقم ٢٣ ـ ٢٤ ـ ٤٠].

كما اهتم التحليل النفسي بتكوين الشخصية ودراسة العناصر المكونة لها واستعملت مصطلحات الأنا والأنا العليا والهو لتقسيم الشخصية إلى عدد من الأجهزة المتفاعلة مع بعضها.

وتتحدد صراعات الشخصية وأساليبها في الدفاع وحل الصراعات في السنوات الأولى من الحياة وتستمر هذه الدفاعات فترة طويلة ويجري تعديل هذه البنية الداخلية للإنسان من خلال تجارب الحياة الإيجابية ومن خلال العلاج النفسي. وتستعمل بعض الاختبارات الإسقاطية (Projective Tests) حيث يسقط الإنسان ما بداخله من مشاعر ورغبات وأساليب وطرق في التفكير على مادة الاختبار المكونة من صور غامضة الشكل كما في اختبار (رورشاخ). وأيضاً كتابة قصة حول عدد من الصور (اختبار تقدير الموضوع) (T.A.T.). وفي حالة الأطفال رسم شخص أو رسم منزل وشجرة وشخص. ويحتاج ذلك إلى تدريب خاص لتفسير نتائج هذه الاختبارات وما تدل عليه من أمور تتعلق بتكوين الشخصية ومشكلاتها.

وأبرز روتر (١٩٦٦) الاهتمام بفكرة السيطرة على النفس ومجريات الأحداث والظروف التي تتعرض لها الشخصية. وقسّم الأشخاص إلى أشخاص ذوي سيطرة داخلية وأشخاص ذوي سيطرة خارجية. وفي الحالة الأولى يرد الأشخاص ما يجري في أنفسهم أو حولهم إلى أسباب داخلية تتعلق بهم مثل الخطأ والتقصير وغير ذلك. وفي الحالة الثانية يكون المرجع هو الظروف الخارجية والقوى الخارجية ورغباتها الشريرة وأهدافها السيئة ومن ذلك الصدفة والحظ.

ويمكننا القول أن صفات الشخصية هي مجموعة من الأساليب المستمرة في حياة الإنسان وهذه الأساليب تشمل

طريقة إدراك الأحداث والمواقف والأمور التي تجري مع الشخص أو من حوله. وأيضاً طريقة التعامل مع الآخرين والاتصال بهم وطريقة التفكير فيما يتعلق بالشخص نفسه وما حوله من البيئة المحيطة به. وهذه الأساليب والطرق تبرز في عدد من المواقف الاجتماعية والشخصية مما يسهل التعرف عليها.

وتجتمع في الإنسان العادي عدد من الصفات. ولا يمكن أن نسمي الشخصية بأنها مضطربة إلاّ إذا كانت هذه الصفات متجمدة وغير مرنة. وتؤدي إلى تعطيل الإنسان في أدائه العملي والاجتماعي أو أن هذه الصفات تؤدي إلى إزعاج الآخرين الشديد أو إزعاج الشخص نفسه وعدم رضاه عن هذه الصفات.

وهذه الصفات تبرز بشكل واضح في نهاية مرحلة المراهقة وبداية سن الشباب حيث تتحدد معالم الشخصية وتستمر خلال مرحلة الشباب فترة طويلة. ويحدث نوع من التعديل في منتصف العمر والكهولة حيث تخف حدة الصفات المتطرفة. واضطرابات الشخصية منتشرة وتدل الإحصائيات على أن ٥ ــ ١٥ ٪ من الناس لديهم اضطراب في الشخصية. والعلاقة بين الشخصية والاضطرابات النفسية علاقة هامة فالاضطراب النفسي لا ينشأ بمعزل عن تكوين الإنسان وأساليبه وصفاته. وقد تبين أن بعض اضطرابات الشخصية تؤدي إلى بعض الأمراض والاضطرابات النفسية. ولكن هذه العلاقة معقدة ولا يزال فهمنا لها غير كامل.

وبشكل عام فإن الأشخاص ذوي الشخصيات المضطربة يصيبهم القلق والاكتئاب في حال مواجهتهم لظروف حياتية صعبة وضغوطات نفسية. إضافة إلى أن بعضهم يتجه إلى إدمان الكحول والمخدرات الأخرى [مرجع رقم ٢٣، ٢٤، ٤٠]. ويصعب التعامل مع بعضهم الآخر في حال مراجعتهم للطبيب وهم يشكلون نسبة كبيرة ممن لا يتابعون العلاج أو لا يلتزمون بتعليمات الطبيب أو المواعيد. وفي كثير من الأحيان تكون اضطرابات الشخصية أكثر تحطيماً وتعطيلاً من الاضطرابات النفسية العصابية (أو الاضطرابات النفسية الصغرى) (Neurotic disorders).

ويعتمد في تشخيص اضطراب الشخصية في الوقت الحاضر على سلوكيات الشخص والأعراض الموجودة في تاريخه الشخصي ويحتاج ذلك عادة إلى أكثر من مقابلة إضافة إلى ضرورة أخذ معلومات إضافية ممن يعرف الشخص معرفة حميمة. وبشكل عملي يتبع الفاحص أسلوباً خاصاً أثناء المقابلة وينتقل خطوة خطوة في أسئلته ليحصل على استجابات المفحوص وردود فعله وسلوكياته في عدد من المواقف وهذا ما يسمى بالمقابلة نصف المنظمة (Semi Structured Interview). والتقسيم الحالي لاضطرابات الشخصية وفقاً لتصنيف الاضطرابات النفسية الأمريكية [مرجع رقم ١٦] يضم اثنا عشر اضطراباً. ويمكن تقسيمها إلى ثلاث زمر رئيسية وفقاً للصفات والسلوكيات العامة التي تميزها.

الزمرة الأولى وتضم: الشخصية شبه الفصامية (Schizoid Personality) والشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotypal Personality) والشخصية الزورية ,.وهذه الشخصيات تتميز بغرابتها والسلوك غريب الأطوار.

والزمرة الثانية وهي تضم: فالشخصية المضادة للمجتمع (Anti Social Personality) والشخصية الحدودية غير الثابتة (Borderline Personality) والشخصية شبه الهستيرية (Histirionic Personality) والشخصية النرجسيّة (المحبة للذات) (Narcissistic Personality). وهذه الشخصيات تتميز بالانفعالية الزائدة والإثارة والسلوك المسرحي والاندفاعية.

والزمرة الثالثة وتضم: الشخصية الاجتنابية (جُنُبَة) (Avoident Personality) والشخصية الاعتمادية (Dependent Personality) والشخصية الوسواسية (Obssessive Compulsive Personality) والشخصية السلبية العدوانية (Passive-aggressive Personality) وهذه الشخصيات تتميز بالتوتر والقلق والخوف والانطوائية. إضافة إلى الشخصية غير المحددة والتي لا تنطبق عليها صفات إحدى الشخصيات السابقة بشكل واضح (Personality Disorder Not-Specified).

(انظر المصطلحات الإنكليزية ومعانيها العربية.. وفيه بعض التفاصيل عن الشخصيات المرضية).

ومن الناحية العملية فإن الشخص المريض قد ينطبق عليه أكثر من تشخيص واحد في شخصيته. وهذا التشخيص هو

تقريبي في أحسن الأحوال ويعتمد على كمية المعلومات المتوفرة عن المريض.

ويعكس ذلك تعقيد موضوع اضطرابات الشخصية وعدم كفاية الأساليب الحالية في التصنيف، ومن المتوقع أن يحدث تطويرات عديدة وتنقيحات حول تصنيف اضطرابات الشخصية مع ازدياد الأبحاث الميدانية والعيادية التي تعتمد على عدة تصنيفات، وأيضاً مع تراكم المزيد من النتائج والمعلومات حول أسباب اضطرابات الشخصية وحول علاقتها بالاضطرابات النفسية الأخرى. والأهمية العملية لتصنيف اضطرابات الشخصية تكمن في التركيز على استخلاص نمط من السلوكيات المتكررة التي تبرز في تاريخ الشخصية المضطربة. وهذا ما يسهل تحديد مظاهر الاضطراب وتوجيه الأساليب العلاجية نحو تعديل هذه السلوكيات والتصرفات. وأيضاً دراسة أفضل الطرق لتسهيل عملية التغيير هذه من عدة جوانب واتجاهات.

وأما من حيث العوامل المؤهلة والمسببة لاضطرابات الشخصية عامة فإنها متعددة الجوانب.. وينطبق نفس المبدأ العام الذي يفسر مختلف الاضطرابات النفسية على اضطرابات الشخصية أيضاً. وهو مبدأ الأسباب العضوية ـ النفسية ـ الاجتماعية. فالشخصية الإنسانية تتأثر بالعوامل الوراثية التي ينقلها الآباء والأمهات إلى الأبناء. وأيضاً تتأثر بما يجري من أمور متنوعة خلال الحياة الجنينية داخل الرحم، كالتأثيرات العضوية الكيميائية أو الغذائية أو الالتهابات. إضافة للمشكلات

الجسمية التي تعقب الولادة.

ثم تأتي عوامل التعلم المتعددة خلال المراحل المتتالية من النمو والنضج، وهناك ما يسمى بالمراحل الحرجة التي يكون فيها التعلم مثبتاً وأساسياً مما يصعب تغييره فيما بعد. وتلعب السنوات الخمس الأولى دوراً هاماً وفقاً لبعض النظريات، والنظريات الأخرى تعطي فترة ما قبل المراهقة والمراهقة نفسها دوراً هاماً إضافياً على اعتبار أنها أيضاً مرحلة حرجة ويحدث فيها تعلم من نوع خاص وله أثر كبير ومستمر في الشخصية.

وبعد ذلك تأتي التأثيرات المحيطية البيئية لتضيف إلى تكوين الشخصية وتساعد على إظهار إمكانياتها الكامنة أو تخلفها وإحباطها. إضافة إلى إعطائها ملامح عامة من خلال القيم والعادات والتقاليد.

وقد بينت بعض الدراسات أن التوائم الحقيقية التي تربت منفصلة تتشابه في صفات الانبساطية والانطوائية إضافة إلى صفات العصابية بشكل أكثر من التوائم غير الحقيقية أو التوائم الحقيقية التي تربت معاً. وأن الانطواء الاجتماعي (Social intro-version) مرتبط بالوراثة أكثر من ارتباط الذكاء بالوراثة. وأيضاً فإن نقص الأوكسجين الذي قد يتعرض له الطفل داخل الرحم يمكن أن يؤدي إلى السلوك الاندفاعي وعدم التركيز.

ويمكن أن نقول أن الشخصية تتكون من جانبين أساسيين وهما: المزاج الخاص (Temperament) وأساليب الشخصية وصفاتها (Traits).

ويبدو أن الطفل يولد ولديه مزاج خاص بتأثير الموروثات والتكوين العضوي الجسمي والعصبي وهذا المزاج الخاص يحدد قابلية الطفل للإثارة الانفعالية وسرعته الاعتيادية في الاستجابات وأيضاً مزاجه العام الغالب إضافة إلى تقلبات المزاج ودرجتها.

وأما أساليب الشخصية وصفاتها فهي نتيجة التعلم من الثقافة والتربية ونتيجة استبطان (Introjection) القيم الأسرية والاجتماعية من خلال اللغة ومن خلال التجارب العملية التي تعطي الإنسان طرقاً وأساليب في التفكير وإعطاء المعاني للأحداث والأمور إضافة إلى صورته عن نفسه وعن الآخرين.

وتشير الدراسات إلى أهمية الرضاعة والحرمان الأمومي وطرق التدريب على ضبط المثانة والأمعاء في تكوين عدد من صفات الشخصية واضطراباتها.

وتؤثر الظروف الثقافية العامة في مجتمع معين على بعض صفات أبنائه فقد وجد مثلاً في الدانمارك أن التعبير عن الغضب والعدوانية بشكل ظاهر وتجاه الآخرين من الأمور النادرة في صفات الأفراد. وقد ارتبط ذلك بقلة جرائم القتل ولكن بارتفاع في معدلات الانتحار. حيث يمكن فهم ذلك أن الغضب والعدوانية الطبيعية عند الإنسان إذا لم يحدث لها تفريغ خارجي سيرتد هذا الغضب على النفس ويؤدي إلى إيذائها والانتحار.

وفي بورما وأفريقيا الغربية أيضاً وغيرها.. حيث تنتشر أساليب السيطرة الخارجية على النفس ومجريات الأحداث والظروف (External Locus of Control)، وجد أن ذلك مرتبط

بارتفاع في نسبة جرائم القتل والشخصية المضادة للمجتمع وأيضاً الشخصية الزورية الشكاكة. حيث يلقى اللوم في تفسير كثير من المشكلات اليومية الاجتماعية والاقتصادية على قوى خارجية شريرة.

ولا تزال معلوماتنا ناقصة حول العوامل المؤثرة في اضطراب الشخصية بشكل عام وفي حالة كل اضطراب على حدة.

والمجال مفتوح للمزيد من النظريات والدراسات. [مرجع رقم ٢٣ ــ ٢٤ ــ ٤٠].

□ الصفات العامة وتشخيص الشخصية الاجتنابية القلقة:

لقد استعمل هذا التشخيص للمرة الأولى عام ١٩٨٠ في تصنيف الأمراض النفسية الأمريكي الثالث.

وقبل ذلك ربما شخصت هذه الحالات على أنها شخصيات شبه فصامية أو اعتمادية أو شخصية غير مناسبة. وتلخص صفات الشخصية الاجتنابية ما كان يسميه العالم النفسي أدلر صاحب مذهب التحليل النفسي الفردي «بعقدة النقص» في الشخصية. وقد وجد الباحثون أن عدداً من الصفات الأساسية والأساليب في التصرف والسلوك والتفكير تميز عدداً من الأشخاص ممن يمكن أن تطلق عليهم اسم الشخصية الاجتنابية القلقة.

وتدل الدراسات على أن هذه الشخصية واسعة الانتشار. وكما تدل التسمية فإن الاضطراب الأساسي يتمثل بأن السلوكيات الأساسية لهذه الشخصية تتميز بالانطوائية وقلة العلاقات الاجتماعية والسلوك المتحفظ المقيد وتجنب المخاطر وتضخيمها. ويرافق ذلك ضعف الثقة في النفس وتضخيم العيوب ومراقبة الذات المستمرة بحثاً عن الأخطاء في السلوك والتصرفات وما إذا كان هذا التصرف أو ذاك صحيحاً أو غير مناسب. وأيضاً الخوف من المغامرة والمخاطر بشكل عام. والخوف من الارتباك وعدم الراحة في وجود الآخرين. ويبدو أن الحساسية الزائدة للرفض والانتقاد وخوف الإنسان من أن لا يتقبله الآخرون هو محور أساسي في الشخصية الاجتنابية القلقة. حيث يبتعد الإنسان عن إقامة علاقة اجتماعية ما أو المشاركة في موقف اجتماعي ما لم يحصل على ضمانات كافية بأنه سيكون محبوباً ومقبولاً من الآخرين. ويمكن تفسير عدد من الصفات السابقة الذكر بناء على وجود هذه الحساسية الخاصة للرفض (Rejection Sensitivity).

ومن النقاط المميزة في تفكير الشخصية الاجتنابية هي سوء تفسير الملاحظات من الآخرين. حيث تفسر بأن الهدف منها انتقاص قدر الشخص أو الحط من منزلته وأنه ظهر كأضحوكة أو موقع سخرية وتهكم أمام الناس بسبب تلك الملاحظات. وطبعاً هذا تضخيم واضح ومبالغة في الحساسية لا تتناسب مع المضمون الواقعي وحجم الملاحظات التي توجه للشخص بشكل عام.

ويرتبط بذلك الاهتمام الزائد بنظرة الناس إلى الشخص نفسه. وصاحب الشخصية الاجتنابية القلقة يحاول جهده أن يرضي الناس ويجعلهم راضين عنه ويبدو لطيفاً ومطيعاً ومهذباً. ويتألم بسرعة وبشدة إذا وجه له انتقاد ما أو إذا أحس بعدم استحسان ما يفعله. وهو يستجيب شاكراً ويعمق للانتباه المخلص من الآخرين والثناء على شخصيته أو تصرفاته. وقد يمضي ساعات طوال يراجع مواقف الاستحسان التي مر بها ويحاول أن يستمتع بذلك.

ويمكن القول بأن بعض هذه الأساليب المرتبطة بالتعامل مع الآخرين هي محاولات لحماية النفس من عدوانية وغضب الآخرين ورفضهم وهي بالطبع محاولات دفاعية تمنع الشخص نفسه من تحقيق رغباته الخاصة ومن التعبير عن آرائه وأفكاره ولذلك يبدو خجولاً مقيداً في تصرفاته وأقواله.

(أنظر ملحق رقم ٤).

وفي دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكي (١٩٨٧) [مرجع رقم ١٦] أنّ الشخصية الاجتنابية تتميز بنمط متعمم من السلوك والصفات المرتبطة بالانزعاج والمشقة في العلاقات مع الناس، والخوف من التقدير السلبي من قبل الآخرين، والجبن العام وعدم المغامرة. وهذا النمط من السلوك يتكرر في عدة مواقف ويحتاج التشخيص لوجود ٤ نقاط على الأقل من النقاط التالية:

١ – يتألم الشخص بسرعة فيما إذا وجه له الانتقاد أو عدم الاستحسان.

٢ – لا يوجد لديه أصدقاء حميمون أو مقربون أو لديه شخص واحد فقط من غير أفراد أسرته.

٣ – غير مستعد لإقامة علاقة مع أحد الأشخاص أو أكثر إلا في حال ضمانه أنه سيكون محبوباً ومقبولاً من الطرف الآخر.

٤ – يتجنب النشاطات الاجتماعية والمهنية التي تتطلب قدراً أكبر من الاحتكاك والاتصال المباشر مع الناس.

٥ – قليل الكلام ومتحفظ في المواقف الاجتماعية خشية أن يقول شيئاً أحمقاً أو غير مناسب أو خوفاً من أن لا يستطيع الإجابة على سؤال ما.

٦ – يخاف الشخص من أن يرتبك أو يحمر وجهه أو أن تظهر عليه علامات القلق أمام الناس.

٧ – تضخيم الصعوبات المحتملة والمخاطر الجسدية والمادية أو المخاطر عموماً في حال القيام بأي عمل يخرج عن عاداته وأموره الاعتيادية.

وفي دليل التشخيص العالمي للاضطرابات النفسية الأخير [مرجع رقم ٢٢] يتطلب التشخيص توفر ثلاث نقاط على الأقل من الصفات التالية:

١ ـ ترقب وتوتر مستمر وعام.

٢ ـ مراقبة النفس ومشاعر عدم الأمان ومشاعر النقص.

٣ ـ التشوق والتطلع إلى أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً من قبل الآخرين.

٤ ـ فرط الحساسية للرفض والانتقاد.

٥ ـ عدم الاستعداد لإقامة علاقات مع الآخرين ما لم تكن هناك ضمانات بالتقبل علاقات اجتماعية قليلة ومحددة.

٦ ـ تضخيم الصعوبات المحتملة والمخاطر في المواقف الحياتية اليومية مما يؤدي إلى تجنب عدد من النشاطات والأعمال. ولكن هذا التجنب لا يصل إلى درجة التجنب في الخوف المرضي.

٧ ـ نمط مقيد من الحياة اليومية وذلك بسبب الحاجة إلى الأمان والاطمئنان والخطوات الأكيدة المعروفة.

وكما يتبين مما سبق، فإن التشابه واضح في التشخيص بين هذين الدليلين. والنقاط الأساسية المشتركة هي:

العلاقات المحدودة وتجنب العلاقات الاجتماعية والاحتكاك بالآخرين والتطلع إلى القبول من الآخرين. وأيضاً الحساسية الزائدة للنقد. إضافة إلى الأسلوب المقيد في الحياة والممتلىء بالشعور بعدم الأمان مع تضخيم الصعوبات الحياتية العادية.

وأما الاختلاف فهو بشكل أساسي التركيز على الخجل وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية في الدليل الأمريكي بينما الدليل العالمي يُبرز القلق والترقب ومراقبة النفس والتوتر العام كعنصر أساسي في هذه الشخصية إضافة إلى مشاعر النقص. وأيضاً الاختلاف في ضرورة وجود ثلاثة نقاط يجب توفرها أو أربعة على الأقل كي يكون التشخيص أكيداً.

وفيما يلي قائمة للملامح العامة لصفات وسلوكيات الشخصية الاجتنابية القلقة المشتركة بين الدليلين السابقين:

□ قائمة الملامح العامة لصفات وسلوكيات الشخصية الاجتنابية القلقة □

الصفة	السلوك
١ ـ العلاقات المحدودة	ـ لا يوجد لدي أصدقاء حميمون أو مقربون أو لدي شخص واحد فقط من غير أفراد الأسرة. ـ علاقاتي الاجتماعية قليلة ومحددة.
٢ ـ تجنب العلاقات	ـ أتجنب النشاطات الاجتماعية والمهنية التي تتطلب قدراً أكبر من الاحتكاك والاتصال المباشر مع الناس.
٣ ـ التطلع إلى القبول من الآخرين	ـ التشوق والتطلع إلى أن أكون محبوباً ومقبولاً من قبل الآخرين. ـ غير مستعد لإقامة علاقة مع أحد الأشخاص إلا في حال ضمانة التي سأكون محبوبا ومقبولاً من الطرف الآخر.
٤ ـ الحساسية المبالغة للنقد	ـ أتألم بسرعة فيما إذا وجِّه لي الانتقاد أو عدم الاستحسان. ـ إنني حساس كثيراً للرفض من قبل الآخرين والانتقاد.
٥ ـ الأسلوب المقيد وموضوع الخطر والأمان	ـ نمط مقيد من الحياة اليومية وذلك بسبب الحاجة الشديدة إلى الأمان والاطمئنان والخطوات الأكيدة المعروفة. ـ تضخيم الصعوبات المحتملة والمخاطر الجسدية والمادية أو المخاطر عموماً في حال القيام بأي عمل يخرج عن عاداتي وروتيني المعتاد. وتضخيم المخاطر في المواقف اليومية مما يؤدي إلى تجنب عدد من النشاطات والأعمال والابتعاد عن المغامرة.
٦ ـ الخجل وعدم الارتياح في المواقف	ـ قليل الكلام ومتحفظ في المواقف الاجتماعية خشية أن أقول شيئاً أحمقاً أو غير مناسب أو خوفاً من عدم القدرة على إجابة سؤال ما. ـ أخاف من أن أرتبك أو أن يحمر وجهي أو أن تظهر علي علامات القلق أمام الناس.
٧ ـ القلق والتوتر العام	ـ الترقب والتوتر المستمر والعام. ـ مراقبة النفس الشديدة.
٨ ـ ضعف الثقة في النفس	ـ مشاعر النقص وضعف الثقة بالنفس.

ويمكننا القول بأن الملامح الخمسة المشتركة الأولى في قائمة تشخيص الشخصية الاجتنابية القلقة ليست صعبة في التطبيق العملي فهي واضحة نسبياً ولا تختلط بالاضطرابات الأخرى. وأما النقطة المتعلقة بالخجل وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية فهي تؤدي إلى الغموض واحتمال الخلط مع تشخيص الخوف الاجتماعي. (كما ذكر سابقاً في تشخيص الخوف الاجتماعي).

والحقيقة أن محاولة توضيح هذا الغموض مرتبط باستعمال التعبيرات اللغوية المناسبة مثل عدم الارتياح بدلاً عن الخوف في حالة اضطراب الشخصية. ولكن من الناحية العملية ليست المشكلة اختياراً ذكياً للألفاظ فقط حيث أن كلا الاضطرابين يشتركان بالتوتر والانزعاج من المواقف الاجتماعية.. ولكن لا تصل أعراض التوتر والانزعاج إلى درجة القلق الشديد والخوف كما هي الحال في عصاب الخوف الاجتماعي. وطبعاً يمكن لكلا الاضطرابين أن يجتمعا في نفس الشخص.

وأما بالنسبة للنقطة المتعلقة بالقلق والتوتر العام فهي تؤدي إلى الغموض واحتمال الخلط بين اضطراب الشخصية وعصاب القلق العام ولكن يتم التفريق عادة بأن القلق في الاضطراب العصابي يكون شديداً.

وأما بالنسبة للنقطة المتعلقة بضعف الثقة في النفس فإن هذا الشعور ليس مقتصراً على الشخصية الاجتنابية القلقة وحدها

فهـو مـوجـود في عـدد من اضـطرابات الشخصيـة الأخـرى والاضطرابات النفسية أيضاً.

وهكذا نجد أهمية القيام بالمزيد من الدراسات والأبحاث حول هذا الموضوع والتي يمكن لها أن تلقي الضوء أكثر على الأمور التي لا تزال غامضة وتضيف إلى المعلومات الحاضرة وأساليب التشخيص إضافات نافعة ومفيدة.

(انظر إلى فقرة الأسباب في هذا الفصل والآراء حول علاقة اضطراب الشخصية بالاضطرابات النفسية).

كلمة أخيرة حول التشخيص.. يبدو أنه من المفيد أن نتذكر أن الخجل صفة منتشرة بين الكثير من الناس.. ولا يمكن أن نعتبرها مرضية إلا إذا كانت شديدة وعندها يمكن أن تكون جزءاً من اضطراب الشخصية الاجتنابية. وكثير ممن لديهم صفات وأساليب الشخصية الاجتنابية يعيشون على طريقتهم ولا يشكون أية اضطرابات أخرى ولا يطلبون العلاج أو التغير. وبعضهم ربما يريد التغيير ويسعى إليه وينجح في تعديل بعض أساليبه. وبعضهم الآخر تحدث لديه اضطرابات نفسية متنوعة مثل القلق العام أو حالات من القلق والاكتئاب أو تتطور حالتهم إلى حالة الخوف الاجتماعي.

والأهمية الأساسية لمناقشة الجوانب المتعلقة بالشخصية الاجتنابية هي توضيح صفاتها الأساسية واختلافها عن الاضطرابات الأخرى مما يعطي القارىء صورة علمية وعملية عن قضايا الطب النفسي المفيدة والمعقدة بحثاً عن فهم أوسع

للوصول إلى ما يمكن فعله من أجل التغير والمساعدة في جهود الإنسان نحو المزيد من الصحة النفسية.

□ تفريق الشخصية الاجتنابية القلقة عن الاضطرابات الأخرى:

تتشابه الشخصية الاجتنابية القلقة مع الشخصية شبه الفصامية ظاهرياً بقلة الأصدقاء وضعف العلاقات الاجتماعية. ولكن تختلف عنها في أن الشخص ذو الشخصية الاجتنابية يرغب في إقامة العلاقات الاجتماعية ويحب أن يكون مع الناس وهو يتشوق إلى ذلك ولكن حساسيته الزائدة من النقد والخوف من عدم التقبل يجعلانه غير مستعد لإقامة أية علاقة ما لم يكن عنده ضمانات بالتقبل وهذا طبعاً ليس سهل التحقيق مما يؤدي إلى ابتعاده عن الناس.

أما الشخصية شبه الفصامية فهي أصلاً لا ترغب بالعلاقات مع الآخرين ولا تهتم ولا تبالي بآراء الناس وانتقاداتهم وتفضل الوحدة على أن تكون مع الناس.

والشخصية الاعتمادية تشترك مع الشخصية الاجتنابية القلقة في وجود عدم الاطمئنان في العلاقات الاجتماعية وضعف الثقة بالنفس ولكن الشخصية الاعتمادية تخاف أكثر من الانفصال في علاقاتها مع الآخرين ومن خسارة الشخص الآخر الذي تعتمد عليه. بينما الشخصية الاجتنابية تجد صعوبة أكثر

في بداية العلاقة وتكوينها إضافة إلى الانزعاج في حال الانفصال وانتهاء العلاقة.

وتجدر الإشارة إلى أن الشخص نفسه يمكن أن تنطبق عليه صفات كلتا الشخصيتين الاجتنابية والاعتمادية. ويؤيد ذلك التجربة العملية العيادية. ومن الناحية النظرية ليس هناك ما يعارض فهمنا في أن شخصية الإنسان لها أوجه عديدة وصفات كثيرة وأنه يمكن إطلاق عدد من التسميات لتصف أكثر من اضطراب واحد في شخصية الإنسان وهذا ما يجعل إحاطتنا بالحالة المرضية أكثر شمولاً وواقعية.

وأما الاختلاف عن حالات الخوف من أماكن السوق أو الخروج من البيت وحيداً (Agoraphobia)، فإن السلوك الاجتنابي والانطوائية وعدم الاحتكاك بالآخرين يكون شديداً ولكنه مرتبط بمضمون الخوف. وهو الخوف من أن يذهب الإنسان إلى بعض الأماكن أو أن يكون موجوداً في بعض المواقف ولا يستطيع أن يجد العون في حال تعرضه لبعض الأعراض الجسمية المزعجة ولذا فهو يفضل عدم الخروج من البيت أو الذهاب برفقة صديق أو قريب.

(انظر إلى الفصل السادس وفيه مزيد من التفاصيل حول ذلك).

وأما الاختلاف عن حالات الخوف الاجتماعية العصابية فالأساس في ذلك أن الشخصية الاجتنابية تتجنب العلاقات

الاجتماعية الشخصية بينما يتجنب الشخص الذي لديه الخوف الاجتماعي مواقف اجتماعية معينة حيث يخاف منها ومن أن تحدث له أعراض القلق والارتباك فيها. وكما ذكر سابقاً فإن الشخص نفسه يمكن أن يكون لديه اضطراب الشخصية والخوف الاجتماعي معاً.

وأما بالنسبة للاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال والمراهقين، فإن الاختلاف أساساً هو في شدة الاضطراب وشموله واستمراريته بالنسبة لاضطراب الشخصية الاجتنابية. وليس الاضطراب مرتبطاً بمرحلة النمو فقط.

وهكذا تستعمل تسمية اضطراب الشخصية في الحالات الشديدة والمستمرة ولا يمكن اشتراك كلتا الحالتين معاً. ويمكن للاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال أن يهيّىء لتطور الشخصية الاجتنابية عند الكبار. [مرجع رقم ١٦ ــ ٤٠].

□ الأسباب والعوامل المؤثرة في تكوين الشخصية الاجتنابية القلقة:

كما ذكر سابقاً، فإن الأسباب والعوامل المؤثرة في تكوين اضطرابات الشخصية بشكل عام لا تزال غامضة. ولا توجد إجابات بسيطة ومختصرة وينطبق ذلك على الشخصية الاجتنابية القلقة أيضاً. ولا سيما فإن دراسة هذه الشخصية بشكل محدد قد جاء متأخراً نسبياً مقارنة مع الشخصية المضادة للمجتمع التي درست بشكل واسع.

ويلعب الاتفاق وتحديد الملامح والصفات الأساسية للشخصية الاجتنابية وتفريقها عن الاضطرابات الأخرى دوراً هاماً في تبادل المعلومات ونتائج الدراسات بين مختلف الباحثين.

وكما بينا سابقاً فإن هناك عدد من الملامح الأساسية التي يمكن الاتفاق على تسميتها بأنها اضطراب محدد في الشخصية مما يشكل عوناً كبيراً على دفع الدراسات حول الأسباب خطوات باتجاه توضيح عدد من العلاقات بين العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية وبين تطور الشخصية الاجتنابية القلقة.

ويعتقد بعض العلماء أنه ربما يكون هناك تأهيل عضوي وراثي يؤدي إلى القلق المفرط ويظهر بشكل حساسية زائدة للعقاب والمؤثرات السلبية المؤلمة إضافة إلى الاتجاه إلى تثبيط الهمة بسهولة وعدم الاستمرار في تكرار السلوك الإيجابي. ويضاف إلى هاتين الخاصيتين اللتين تشكلان أساس السلوك المقيد والتجنب في الشخصية الاجتنابية القلقة فشل الشخصية في تطوير أساليب ناجحة للسيطرة على القلق.

وقد تبين أن هناك منظومة تثبيطية في منطقة الحاجز وحصان البحر (Septal-Hippo Campal Region) والتي تقع بين نصفي الكرة المخية. وهذه المنظومة تلعب دور الوسيط العضوي للسلوك الانسحابي القلق. [مرجع رقم ٤٠].

ويعتقد علماء آخرون أن الشخصية الاجتنابية القلقة هي جزء من مجموعة اضطرابات القلق العصابية تظهر كأحد ألوان

الطيف المكون لهذه الاضطرابات. وتختلف عن أجزاء الطيف الأخرى بدرجة القلق وشدته وأنها ليست اضطراباً مستقلاً بذاته. وهذه النظرية تشبه النظريات الأخرى المتعلقة باضطرابات الفصام وعلاقته باضطرابات الشخصية شبه الفصامية أو الشخصية ذات النمط الفصامي. وأيضاً بالاضطرابات الانفعالية (Mood Disorder) كالهوس والاكتئاب وعلاقتها باضطراب الشخصية الحدودية.

وفي تلك النظريات تأكيد واضح على أهمية العوامل العضوية الوراثية في نشوء اضطرابات الشخصية إضافة إلى الاضطرابات النفسية الأخرى. [مرجع رقم ٤٠].

وأما النظريات الأخرى حول الأسباب فهي تركز على العلاقة المرضية القلقة وغير الثابتة بين الطفل والأبوين في مرحلة مبكرة من التطور حيث يسود هذه العلاقة عدم الاطمئنان والتغيرات المفاجئة مما يؤدي إلى استبطان الطفل للشخصيات المضطربة من حوله أو يجعل صورته عن نفسه متناقضة ومحبطة ولا تشعر بالأمان وتحقيق الرغبات بشكل مقبول وكاف.

وأيضاً عدم تطور القدرات الاجتماعية بشكل مناسب نتيجة لظروف تربوية واجتماعية خاصة تتميز بعدم تشجيع الطفل والمراهق على الاختلاط بأقرانه وتخويفه المبالغ من الناس إضافة إلى مطالبته بأن يكون مثالياً وأن لا يرتكب أي خطأ مع الآخرين.

كما يركز بعض العلماء على أهمية طرق التفكير التي يتعود عليها الإنسان منذ مرحلة مبكرة حيث ينطبع تفكيره بالشكل السلبي القلق. فهو يستبق الخطر والتهديد وعدم الأمان. إضافة إلى تحطيمه للنقاط القوية والإيجابية في شخصيته وأيضاً يجعله يضخم أخطاءه ونقاط ضعفه مما يجعله يشعر بالنقص باستمرار.

وقد وجد أن للاضطرابات الجسمية والعاهات الجسدية دوراً مهيئاً لظهور الشخصية الاجتنابية القلقة. ويلعب وجود الاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال والمراهقين دوراً مهيئاً لظهور الشخصية الاجتنابية القلقة في عدد من الحالات الأخرى. [مرجع رقم ١٦ ـ ٢٣ ـ ٤٠].

□ العلاج:

تتعدد الأساليب العلاجية التي تؤثر في تعديل الشخصية الاجتنابيةالقلقة. ويفيد العلاج النفسي عن طريق المقابلات المتعددة والجلسات النفسية في فهم الإنسان لنفسه وتاريخه الشخصي وتفريغ انفعالاته السلبية واستعادة ثقته في نفسه وتقدير نقاط القوة التي يملكها بشكل صحيح وإيجابي. والعلاج النفسي يمكن أن يعدل من قسوة الضمير لدى الإنسان حيث أن الشخصية الاجتنابية تسقط طلبات الضمير القاسية وانتقاداته للذات على الآخرين حيث يعتبر الإنسان الآخرين أنهم انتقاديون وربما يسخرون من أخطائه. كما أن البحث في عقد

الإنسان الخاصة ورغباته وخيالاته المرتبطة بالسلوك الهروبي يمكن أن يلقي الضوء عليها لتفهمها وتعديلها وتخليصها من الشحنات الانفعالية المزعجة المرتبطة بها مما يسهل تمثلها وهضمها. ويفيد العلاج الجماعي في بناء الثقة المتبادلة بين أفراد المجموعة ويمنح الشخصية قدرات إضافية على التعامل مع الآخرين دون قلق معطل.

وبعض المعالجين ينصح المرضى باستعمال أساليب معاكسة مع الآخرين وهذا ما يسمى بالعلاج المتناقض (Paradoxical). حيث يطلب من المريض أن يتصرف بطريقة تجلب الانتباه وربما الرفض والانتقاد في بعض المواقف. كأن لا يوافق الشخص على رأي معين. وقد وجد أن ذلك يخفف من مشاعر الخوف والتوتر ويعطي المرء ثقة أكبر بنفسه ذلك أنه حتى إذا تصرف بشكل غير مقبول فإن الحياة لن تنتهي ولن يخسر علاقته مع الطرف الآخر..

وتفيد أساليب تحقيق الشخصية وتنمية المهارات والقدرات الاجتماعية بشكل كبير حيث تزيد الثقة في النفس ويخف القلق والسلوك الهروبي.

والتعرض للمواقف التدريجي مفيد جداً ويسمى أحياناً بالتحصين (Desensitization) أو إزالة الحساسية للموقف المزعج. والعلاج المعرفي مفيد في تعديل أفكار الشخص عن نفسه وعن الآخرين من خلال التعرف على الحوار الذاتي

والعبارات الشخصية حول الخطر وعدم الكفاءة ويتم استبدالها بأفكار أكثر إيجابية وأكثر جرأة.

ويمكن استعمال بعض الأدوية التي تخفف القلق خلال التعرض للمواقف التي يتجنبها الشخص عادة مما يساعده على دخول هذه المواقف. [مرجع رقم ٢٣ – ٢٤ – ٤٠].

(انظر الفصل العاشر: حول العلاج).

• • •

الفصل السادس:

تفريق اضطراب الخوف الاجتماعي من الاضطرابات الأخرى

يشترك الخوف الاجتماعي كاضطراب نفسي عصابي مع عدد من الحالات الأخرى في وجود الخوف. ويجب تفريقه عن الحالات الأخرى مثل الخوف الطبيعي من بعض المواقف الاجتماعية. فالحديث أمام مجموعة من الناس يثير في معظم الناس درجة من الخوف والتوتر ويتمنى الإنسان أن يعتذر عن القيام بذلك وهذا الشعور طبيعي ومعروف. ولا يمكننا أن نطلق عليه اسم الاضطراب إلا إذا كان شديداً ومعطلاً، إضافة إلى توفر الشروط الأخرى التي ذكرت في فصل التشخيص.

وأما التفريق عن المخاوف المحددة البسيطة (Simple Specific Phobia) فهو تفريق سهل حيث يكون الخوف المرضي من مثير محدد مثل الخوف من المصاعد أو من رؤية الدم أو من

بعض الحيوانات.. وأكثرها يظهر في سن مبكرة وفي مرحلة الطفولة. ويختلف الخوف الاجتماعي عن الخوف من أماكن السوق (الأماكن المفتوحة الواسعة) (Agoraphobia). وهو يتظاهر بالخوف من الخروج من البيت وحيداً إلى السوق أو غيره من الأماكن مثل المطاعم والمسارح، وأيضاً الخوف من ركوب الحافلات العامة أو القطار أو السيارة أو البقاء في الأماكن المزدحمة. والتسمية كما هو واضح غامضة ولا تدل على مضمون الخوف. والمصطلح في اللغة الإنكليزية واللغات الأخرى مشتق من اللغةاليونانية،والترجمة العربية هي ترجمة مناسبة. وقد كان السوق قديماً في العصر الإغريقي ساحة كبيرة مفتوحة على أرض واسعة ويقوم البائعون بعرض ما لديهم فيها، وكانت تقام حفلات للخطابة والتجمع في نفس الساحات. والخوف المرضي من الذهاب إلى أماكن السوق يعني أن يصيب الإنسان خوف أو ذعر من الذهاب إليها حيث لا يستطيع الهروب من المكان المكتظ في حال تعرضه لأعراض جسمية مزعجة كأعراض القلق أو القلق الحاد. أو يكون مضمون الخوف في أن لا يجد المساعدة ضمن الحشد الكبير من الناس. والاستعمال الحالي لهذا المصطلح نفسه لا يقتصر على الخوف من السوق وحده بل يتضمن مواقف أخرى. ولعله من غرابة الطب النفسي الاستمرار في استعمال هذا المصطلح القديم وعدم استبداله بمصطلح آخر يعبر أكثر عن مضمون الحالة المرضية. ولا يوجد في الوقت الحاضر مصطلح مختصر يعبر عن الحالة. ويمكن

استعمال عدة كلمات لتوضيح المقصود بالحالة مثل (الخوف المتعدد من أماكن السوق وغيرها) حيث يخاف الإنسان أن لا يستطيع الانسحاب أو إيجاد العون في حال تعرضه لأعراض جسمية نفسية مزعجة. وهؤلاء الأشخاص المصابون بهذه الحالة تتحدد حياتهم العملية ونشاطهم في دائرة صغيرة ولا يمكنهم الخروج بمفردهم، أو أنهم يصرون على اصطحاب أحد الأشخاص معهم في حال خروجهم من البيت.

وكما هو واضح فإن التفريق عن الخوف الاجتماعي يكمن في موضوع الخوف نفسه. فالخوف ليس من نظرة الناس في الموقف الاجتماعي بل الخوف من عدم القدرة على الانسحاب أو وجود العون. ومن الاختلافات الأخرى أن الخوف الاجتماعي يصيب الذكور أكثر من الإناث في الدراسات الميادية وذلك عكس الخوف من أماكن السوق. كما أن درجة الانبساطية والانفتاح في التعامل مع الناس أقل في الخوف الاجتماعي، فهم يميلون كمجموعة من المرضى إلى الانطوائية. وهناك ما يسمى باختبار (اللاكتيت) (Lactate) وهو عبارة عن حقن مادة كميائية في الدم تؤدي إلى ظهور أعراض القلق الحاد في المرضى. [مرجع رقم ١١ ـ ٢٠ ـ ٢٦]. وتكون نتيجة هذا الاختبار إيجابية في كثير من حالات الخوف من أماكن السوق مقارنة مع حالات قليلة فقط من الخوف الاجتماعي. ويمكن لكلا الاضطرابين أن يجتمعا في بعض الأحيان في نفس الشخص كما سيأتي ذكر ذلك في الفصل الثامن (المضاعفات المرافقة للخوف الاجتماعي).

وأمـا التفـريق عن حـالات القلق الحـاد أو الهلع (Panic disorder) حيث تـأتي المريض نـوبـات من القلق الحـاد (Panic attack) ويحس بـازدياد ضـربات القلب ويصبـح تنفسه سـطحيـاً إضافة إلى شعوره بأنه سيغمى عليه وغير ذلك من أعراض القلق الحادة، فإن الخوف الذي ينتاب المريض هو من قدوم النـوبات مرة أخرى وهذه النوبات تأتي في أوقـات مختلفة وعنـدما يكـون الإنسان وحيداً وليس بالضرورة في المواقف الاجتماعيـة. وتشير بعض الـدراسات إلى أن حـالات الخوف الاجتمـاعي تشكو من احمرار الوجـه كعرض أسـاسي للقلق بينما حـالات القلق الحاد تشكو من ضغط وألم في الصدر كعرض أساسي للقلق.

أمـا بالنسبـة للتفريق عن الشخصيـة الاجتنابيـة القلقة فقـد يكـون أمـراً صعبـاً ولا سيمـا في حـالات الخـوف الاجتمـاعي المتعمم. وعنـدهـا يمكن إطـلاق كـلا التشخيصين إذا تـوفـرت صفـات الشخصية الاجتنـابيـة بشكـل واضـح إضـافـة إلى كـون أعراض القلق والخوف شديدة. أما إذا كانت أعـراض القلق في المواقف الاجتماعية خفيفة ومتغيـرة ولا يعتقد الإنسـان أن خوفـه وارتبـاكه شـديـد أو غيـر منطقي بـل يصف نفسه بـأنه فقط يشعـر بـالتـوتـر والارتبـاك والحـسـاسيـة في المـواقف الاجتمـاعيـة فـإن تشخيص الشخصيـة الاجتنابيـة هو الأرجـح ولا سيمـا إذا كـانت لديه الصفات الإضافية المطلوبة لتشخيص هذه الشخصية.

ويمكن أن يكون تشخيص الخوف الاجتماعي أكثر سهـولة إذا كان ظهور أعراضه المرضية متأخراً نسبيـاً أي بعد ٢٠ ـــ ٢٥

سنة من العمر، وكانت ملامح الشخصية أكثر إيجابية، ولا توجد صفات الشخصية الاجتنابية بشكل واضح، أو أن ظهور الأعراض قد بدأ بعد صدمة خاصة من موقف معين حدث فيه الارتباك والقلق الشديد أو الانتقاد من الآخرين.

وأما بالنسبة للتفريق عن الاضطرابات الذهانية (Psychotic) والفصامية والزورية وحالات الاكتئاب الشديدة حيث يبدو المريض منعزلاً ويهاب المجتمع والعلاقات مع الناس، فإن ذلك أمر سهل عادة. وذلك لأن المصاب بهذه الاضطرابات لديه أعراض نفسية أخرى واضحة تفسر سبب انعزاله وخوفه من الآخرين مثل هذيانات الاضطهاد (Persecutory delusions) أو اضطرابات التفكير الاكتئابي مثل أفكار الذنب أو هذياناته (Guilt Feelings or delusions) التي تجعل الإنسان مرتبكاً وقلقاً وخائفاً في المواقف الاجتماعية وعند لقائه بالناس. [مرجع رقم ١٦ ــ ٢٦].

ولذلك فإن النظرة السطحية لشخص ما من خلال تصرفاته مع الناس ووصفه بأنه خجول أو مرتبك أو أن لديه اضطراب الخوف الاجتماعي قد يكون خاطئاً وغير مناسب ما لم تكن هناك معلومات إضافية واضحة ومتوفرة عنه.

ولا بد من الإشارة هنا إلى حالات مرضية أخرى قد تشتبه بحالة الخوف الاجتماعي وهي اضطرابات النطق أو التأتأة (Stuttering). وهي اضطرابات عصبية عضلية تتعلق بتطور القدرة على النطق والكلام وهي ترتبط بالوراثة أحياناً وتبدأ معظم

الحالات قبل سن العاشرة. ويجب تفريقها عن صعوبات الكلام والنطق الطبيعية التي تظهر قبل الثالثة من العمر. وتكثر عند الذكور بنسبة ثلاثة أضعاف نسبتها عند الإناث. وهذه الاضطرابات منتشرة وقد تصل إلى ١٠ ٪ بين طلبة المرحلة الابتدائية. وعند الكبار يقدر انتشارها بحوالي ١ ٪ من الناس.

وتتميز هذه الحالات باضطراب في النطق يتصف بإعادة مقطع من الكلمة أو تكرار أحد الحروف أو أكثر مثل حرف التاء ومن هنا جاءت التسمية التأتأة. ويمكن لغيره من الحروف أن يتكرر ويتعثر النطق مثل حرف السين والفاء وغيرهم.

ويزداد هذا الاضطراب في حال انتباه الآخرين لكلام الشخص لذا فهو يحاول الابتعاد عن الحديث أمام الناس أو يفضل عدم الإجابة والصمت. والمواقف الاجتماعية تسبب قلقاً وتوتراً يزيد في اضطراب الكلام ولكن القلق ليس له علاقة أكيدة في نشوء هذا الاضطراب كما هو شائع بين الناس. [مرجع رقم ١٦ ــ ٢٣ ــ ٢٤].

ويقوم العلاج بشكل أساسي على تمارين النطق والكلام بشكل جلسات فردية أو جماعية إضافة إلى تمارين أخرى لتقوية عضلات اللسان والفم والبلعوم المسؤولة عن إخراج الكلمات ويفيد أيضاً الاسترخاء وتمارين التنفس التي تساعد على انتظام عملية النطق. ويمارس العلاج بشكل أساسي أخصائيو النطق وغيرهم من الاختصاصات الأخرى. وعدد من الحالات يشفى تلقائياً قبل سن السادسة عشرة. ويتحسن كثير منهم مع

العلاج ولا سيما العلاج المبكر أو مع التدريب المستمر الذاتي.
وربما تكون قصة الخطيب اليوناني الشهير التي ذكرت في مقدمة هذا الكتاب هي حالة من التأتأة وليست حالة خوف اجتماعي. وذلك لعدم توفر الوصف الدقيق لنوعية صعوبة النطق التي كان يعاني منها. حيث أن كلتا الحالتين تشتركان بالخوف والتوتر من المواقف الاجتماعية والحديث أمام الناس ولكن تتميز حالة التأتأة باضطراب أساسي في اللفظ مميز بالتكرار السريع لأحد الحروف أو المقاطع كما أشرنا من قبل وهذا يختلف عن التلعثم في حالات الخوف الاجتماعي.

ويمكن في بعض الحالات أن يصبح المصاب باضطرابات النطق شديد الخوف والارتباك في المناسبات الاجتماعية وأن يهرب منها وهنا يمكن إطلاق تسمية الخوف الاجتماعي الثانوي أي الناتج عن اضطراب آخر أو القلق غير المحدد، وهذه الحالات تختلف عن الخوف الاجتماعي الأساسي من حيث نشوئها وأسبابها.

والحالة المرضية الأخرى هي الرجفة الأساسية (Essential Tremor) وهي تصنف ضمن الاضطرابات العصبية. وتتميز برجفة خفيفة أثناء الحركة في إحدى اليدين أو كلتاهما أو اهتزاز في الرأس. وقد يشترك الرأس مع اليدين دون القدمين. وبعض هذه الحالات وراثية وبعضها الآخر مجهول السبب. وهي تظهر في كل الأعمار ولا تترافق بأعراض أخرى. وفي بعض الحالات تسبب صعوبة في أداء بعض الأعمال اليدوية بسبب الرعشة

المستمرة وتستجيب هذه الحالات لبعض الأدوية. ولكن العديد منها لا يحتاج إلى العلاج إلاّ إذا سببت صعوبات مهنية. وتسبب هذه الرجفة الأساسية للشخص المصاب بها إحراجاً وتوتراً عندما يراه الناس ويجتمع بهم وهي تزيد عند التوتر والقلق ولكن ليس للقلق فيها دور مسبب [مرجع رقم ٢٥]. وقد تؤدي بالمصاب إلى أن يتجنب المواقف الاجتماعية ويخاف منها وعندها يمكن إطلاق تسمية الخوف الاجتماعي الثانوي أو اضطراب القلق غير المحدد، وذلك لتفريقها عن حالات الخوف الاجتماعي.

● ● ●

الفصل السابع:

إنتشار الخوف الاجتماعي

تدل الدراسات أن حالات الخوف الاجتماعي واسعة الانتشار. وربما يكون انتشارها أكثر في بعض المجتمعات مقارنة بمجتمعات أخرى. حيث تلعب العوامل الثقافية العامة والتربوية واختلافها بين المجتمعات دورها في تفسير ذلك الاختلاف. والدراسات الميدانية التي تهدف إلى تحديد نسبة انتشار هذا الاضطراب في مجتمع معين نادرة، وهي صعبة التنفيذ لأنها تهدف إلى تشخيص الحالات من خلال إجراء المقابلات الميدانية والذهاب إلى العديد من البيوت وأماكن السكن ومن ثم تقدير عدد الحالات التي يمكن أن تعتبر حالات مرضية ومن ثم إجراء المعادلات الإحصائية وحساب نسبة الانتشار. والصعوبات متعددة في كل مرحلة من مراحل الدراسة..

وتدل دراسة ميدانية أمريكية في ١٩٨٢ [مرجع رقم ٢٦]

والتي أجريت في ثلاثة مدن أمريكية أن انتشار الخوف الاجتماعي خلال ستة شهور هو حوالي ٢ ٪ من السكان. وربما تكون النسبة أقل من ذلك لأن الاستبيان الذي استعمل في هذه الدراسة لتحديد حالات الخوف الاجتماعي لم يستثني حالات الخوف الاجتماعي الناتج عن الخوف من أماكن السوق ضمن الأسئلة المطروحة.

وفي دراسة أجريت على طلبة الجامعات في السنة الأولى لدخولهم إحدى الجامعات البريطانية عام ١٩٧١ بينت النتائج أن حوالي ٣ ــ ١٠ ٪ من الطلاب لديهم حالة الخوف الاجتماعي. وبشكل عام فإن حوالي ١ / ٢٠٠ من الناس في المجتمع الغربي لديهم حالات الخوف الاجتماعي الشديدة وحوالي ٣ ــ ٤ أضعاف ذلك لديهم حالات متوسطة وخفيفة. [مرجع رقم ٢٦ ــ ٣٧].

وأما الدراسات العيادية التي تجرى عادة في عيادات ومراكز الطب النفسي فإن نتائجها تدل على نسبة المرضى الذين يراجعون هذه المراكز. وهي تعطي فكرة عملية عن نسبة الأشخاص الذين يذهبون ويطلبون العلاج ولكنها لا تعطي أية معلومات عن نسبة انتشار حالة ما في المجتمع بشكل عام.

وتدل إحدى الدراسات أن ٨ ٪ من المرضى الذين يشكون من حالات الخوف في مشفى المودزلي للطب النفسي بلندن لديهم حالات الخوف الاجتماعي بينما ٦٠ ٪ منهم لديهم حالات الخوف من أماكن السوق (١٩٧٠). وفي دراسة أخرى

أمريكية في إحدى المراكز المتخصصة في علاج حالات الخوف والقلق فقط، كانت نسبة حالات الخوف الاجتماعي ١٣ ٪ وحالات القلق الحاد ١٣ ٪ أيضاً. بينما حالات الخوف من السوق كانت ٣٨ ٪ (١٩٨٣).

وتنتشر حالات الخوف الاجتماعي في المجتمع بشكل متقارب بين الذكور والإناث وأما في مجموع المرضى المراجعين للعيادات النفسية، فإن نسبة الذكور هي أعلى بكثير من نسبة الإناث [مرجع رقم ١٤ ـ ١٦ ـ ٣٤]. ويعود ذلك إلى العوامل التي تساعد الإنسان على طلب العلاج والذهاب إليه والقدرة على تخطي الحواجز النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تمنع الإنسان من تلقي العلاج وتجعله يتألم ويعاني مع نفسه ولا يفصح عن مشكلته أو يطلب العون الطبي. وربما يلعب الدور الاجتماعي للرجل الذي يتطلب منه العمل والجرأة والاحتكاك بالآخرين في مختلف المواقف دوراً إضافياً في زيادة معاناته وطلبه للعلاج.

وتدل الدراسات العيادية أن حالات الخوف الاجتماعي تنتشر أكثر في الطبقات المثقفة والميسورة مادياً وقد يرتبط ذلك بالقدرة على طلب العلاج وتوفر الإمكانيات المعنوية والثقافية والمالية وغير ذلك [مرجع رقم ١١ ـ ١٤].

وفي المجتمعات النامية ودول العالم الثالث ربما يكون انتشار حالات الخوف الاجتماعي أكثر. وقد يعود ذلك إلى أن أهمية الفرد وآرائه وفرص التعبير عن ذاته هي بشكل عام أقل

بروزاً واحتراماً مقارنة مع المجتمع الغربي. والعالم الثالث لا يزال غارقاً في مشكلاته وتبعيته وعقد نقصه كمجتمع ويحاول الاستقلال والتنمية وتأمين الحد الأدنى لمستوى المعيشة لمجموع السكان، كما أن النظرة السائدة هي جماعية أكثر منها فردية. وكل ذلك ربما يؤثر في ظهور حالات الخوف الاجتماعي إذا توفر وجود المؤثرات الأخرى.

(انظر إلى الفصل التاسع: حول الأسباب).

وتشير ملاحظات العديد من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين وغيرهم في الدول العربية والإسلامية إلى أن حالات الخوف الاجتماعي منتشرة وربما بنسب أكبر من الدول الغربية. ولا توجد دراسات ميدانية حول هذا الموضوع كي تؤكد ذلك الفرق.

وتدل بعض الدراسات التي أجريت على المرضى المراجعين للعيادات النفسية ومراكز الطب النفسي الحكومية والخاصة في هذه الدول على أن نسبة حالات الخوف الاجتماعي بين هؤلاء المراجعين هي حوالي ٨ ــ ١٣ ٪.

وتدل نتائج الإحصائيات التي قمت بها في عيادة الطب النفسي بجدة على أن نسبة هذه الحالات مشابهة. كما أوضحت دراسة سابقة عام ١٩٨٧ في مشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث في الرياض بأن عدد حالات الخوف الاجتماعي بين المراجعين للعيادات النفسية العامة في المشفى هي حوالي ١٣ ٪ [مرجع رقم ١٤].

وإذا قارنا هذه الأرقام بالدراسة الأمريكية في مركز متخصص فقط بحالات الخوف والقلق وهي ١٣ ٪ أيضاً، نجد أن نسبة الخوف الاجتماعي فيها أقل مقارنة مع العيادات النفسية العامة. والتي يتكون مراجعيها من مختلف الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والاضطرابات الجنسية والوساوس القهرية واضطرابات السلوك عند الأطفال ومرض الفصام وغير ذلك إضافة لحالات القلق والمخاوف. وعند محاولتنا لتفسير اختلاف الانتشار بين عدة مجتمعات لا بد من الإشارة إلى ضرورة الاتفاق حول مضمون الاضطراب نفسه ومناقشة قاعدة التشخيص المتبعة في كل حالة إضافة إلى ما يرافقها من أعراض أخرى نفسية أو عضوية. وإلا فإن المقارنة تكون غير مفيدة ولا تعطي أية مدلولات علمية.

ومن ناحية أخرى، فإن دراسة مجتمع معين تتسم عادة بالعموميات ومحاولة استخلاص عوامل عامة مؤثرة. وببساطة فإن معظم العلوم الاجتماعية تنقصها الدقة العلمية مقارنة مع العلوم الطبية. فهي تأخذ جانباً واحداً وتخضعه للدراسة والبحث. وتركيب المجتمع يتضمن وجوهاً عديدة وجوانب معقدة ليس من السهل عزلها وتحديد تأثير كل منها على ظاهرة ما. ومن الأمور الأساسية في علم الطب النفسي دراسة العوامل الاجتماعية من خلال اتصالها وتفاعلها المستمر مع العوامل النفسية الذاتية والعوامل العضوية كما أشرنا إلى ذلك من قبل في مصطلح النظرية العضوية النفسية الاجتماعية. وهكذا لا بد من التأكيد

على تشابك وتعدد العوامل التي تساهم في نشوء وتكوين حالات الخوف الاجتماعي. والتفسير الاجتماعي مفيد ولكنه ناقص وقاصر إذا أخذ وحده لأنه يهمل أهمية العوامل الأخرى..

ومن هذه التفسيرات أنه ربما يكون لاختلاف طبيعة المجتمع الغربي دور في انخفاض نسبة حالات الخوف الاجتماعي. حيث أن بعض حالات الخوف الاجتماعي الخفيفة أو المتوسطة في المجتمع الغربي لا تتعرض للضغوط العديدة التي تتطلبها الواجبات الاجتماعية. حيث يمكن للفرد أن يعيش حياته معزولاً نسبياً دون أن يحتاج إلى أن يلتقي بالآخرين ويستضيفهم في منزله أو أن يتحدث إلى مجموعة من الناس. فالحياة الغربية طابعها العام الفردية والانعزال وعدم التدخل في شؤون الغير وقلة الواجبات الاجتماعية. وهكذا لا يتعرض المرء للإحباطات الكثيرة لأنه يخاف من مواجهة الناس. وقد يعتبر أن سلوكه عادياً وقد لا يراجع العيادات النفسية من أجل ذلك وهذا يقلل من عدد حالات الخوف الاجتماعي في الإحصائيات.

أما في بلادنا فإن الوضع مختلف وكثير من حالات الخوف الاجتماعي المتوسطة أو الخفيفة تراجع العيادات النفسية بسبب ظهور الأعراض وتكرار حدوث المواقف التي يحاول الإنسان أن يتجنبها. وهو يشعر بضرورة الاقتراب من الناس وأن لا يمتنع عن الزيارات أو استقبال الآخرين لأن ذلك أمر أساسي في ثقافتنا وديننا الإسلامي. وهذا ما يزيد حدة الصراع الداخلي

والشعور بالتوتر والقلق والمعاناة وأيضاً يزيد شعور الإنسان بالاضطراب في قدراته الاجتماعية وبالتالي فهو يراجع العيادات النفسية طلباً للعون.

وربما يكون انتشار الخوف الاجتماعي في بلادنا حقيقة عملية لها أسبابها المتعددة الجوانب. ومثلاً ربما يؤدي التغير السريع في أساليب الحياة والعمل إلى الشعور بالقلق والخوف وعدم القدرة على المواجهة. فالحياة الحديثة تتطلب اعتماداً على النفس والثقة فيها ومواجهة الآخرين وبشكل تنافسي فردي وضرورة الإبداع وإبداء الرأي. بينما تتميز أساليب التربية القديمة في المدرسة والبيت والمتوارثة من عصور الانحطاط بحفظ المعلومات عن طريق (الصم) والتلقين إضافة إلى العقاب الشديد والحرمان والتوبيخ أمام الآخرين. وتتسع الفجوة بين المدرس والتلاميذ وتنتشر الطاعة العمياء والخوف من انتقاد الآخرين وليس من انتقاد النفس، ولا يفتح مجال للمناقشة وإبداء الرأي. ويشجع كل ذلك أساليب الخوف والشعور بالنقص والتوتر في مواجهة الناس كما يجعل شخصية التلميذ منكمشة واعتمادية [مرجع رقم ١٧]. ولا تزال العقلية الصوفية التي تعتبر «المريد (التلميذ) كالميت بين يدي المغسل يقلبه كيف يشاء» منتشرة بدرجات مختلفة في عديد من الدول العربية والإسلامية.

وكثير من المرضى يعيشون حياتهم بشكل عادي ويقومون بأعمالهم البسيطة بشكل روتيني إلى أن يتطلب منهم العمل

الحديث المنظم والدقيق عدداً من التغيرات والمهمات مثل مناقشة خطة العمل وضرورة إبداء الاقتراحات والرأي حول تطوير العمل ورفع إنتاجيته وغير ذلك من المقابلات والتنقل. وعندها تزداد درجة القلق والخوف ولا سيما أنهم لم يتعودوا على الثقة بالنفس والمسؤولية الفردية تجاه رؤسائهم وزملائهم. وهكذا يراجع بعضهم العيادات النفسية طلباً للعون. وهذا ما يؤكد ضرورة الإعداد الأفضل للفرد منذ نعومة أظفاره وتشجيعه على أن يتحمل مسؤولية نفسه وأن يكون قوياً واثقاً بشخصيته وقدراته يستطيع الدفاع عن نفسه ويستطيع أن يحقق رغباته وطموحاته بشكل واقعي.

(أنظر الفصل التاسع حول الأسباب والفصل العاشر والحادي عشر حول العلاج والوقاية).

وأيضاً ربما يلعب الشعور بالنقص والدونية والشعور بالقهر الذي ارتبط بسنوات طويلة من الاستعمار والتبعية الاقتصادية والفكرية دوراً في تكوين بعض صفات الشخصية القلقة الضعيفة أمام مواجهة الناس وأيضاً في ظهور القلق الاجتماعي. ويدرس علم النفس الاجتماعي مثل هذه الظاهرات. حيث تبين أن الشعوب الضعيفة المستعمرة والتي لا تملك أبسط الحقوق تنتشر فيها صفات الخوف والدونية. ويدافع بعض الأفراد المقهورين عن هذه المشاعر المؤلمة بتمثل قيم المستعمر (Identification With The Aggressor) حيث يمارسون أساليب القهر من جديد مع من حولهم ويتحول

المقهور إلى قاهر حديث. وهذا ما يزيد في انتقاد الناس بعضهم لبعض وسخريتهم من بعضهم البعض ومحاولتهم تحطيم من يحاول البروز والخروج من هذه الدائرة السلبية. ويؤدي ذلك إلى وضع الرجل غير المناسب في المكان المناسب.. ويبدد الطاقات الخيرة والإيجابية ويزيد الضغوط العامة في المجتمع والإحباط.

وكثيراً ما يلاحظ أن البعض يوجه الانتقادات اللاذعة ويبذل الجهود كي يحفر لأخيه حفرة ويجعله يبدو صغيراً أمام الناس بينما ينظر بعين الرضا إلى أي شيء يذكر بالمستعمر وصفاته. وهذا ما يؤكد ضرورة البحث عن الذات كأمة إسلامية لها تاريخها وأمجادها وأيضاً الالتزام بالأخلاق الإسلامية وحب المسلم أخيه المسلم ومساعدته ومناصرته والتنبه إلى مثل هذه العمليات النفسية الاجتماعية التي تنتج عن التخلف والاستعمار والتبعية. ومن الملاحظات الأخرى التي ترتبط بتكوين المجتمع والتي يمكن لها أن تؤثر في ظهور حالات الخوف الاجتماعي انتشار القيم الزائفة التي تؤكد على المظهر بشكل كبير ولو كان ذلك على حساب المضمون. مثل الاهتمام بالجمال عند اختيار الزوجة مما يجعل الفتيات الأقل جمالاً عرضة لمشاعر النقص الشديدة والارتباك والخجل عند مواجهة الناس. وأيضاً محاولة الإنسان ظهوره بمستوى أعلى مما هو عليه في شكله وطعامه وكلامه بشكل يرهقه ويرهق غيره ويضعف ثقته بنفسه ويجعله متوتراً خشية أن يكتشف أمره. وكثير من الناس يعيشون وفقاً

لهذه القيم وأن كلام الناس هو المرجع الأهم. ويؤدي ذلك إلى تضخيم أهمية الناس وما ينتج عنه من القيل والقال، ووصف عديد من الأمور على أنها عيب وغير مقبولة وأنه لا يجب فعل هذا أو ذاك. وكل ذلك مبني على أساس واو جوهره التفاخر والتباهي والقيم المصطنعة التي تكبل الإنسان وتحبطه وتسبب له مزيداً من التوتر والقلق والحساسية الزائدة لما سيقول عنه الناس. وبعض الناس يكون مقتنعاً بهذه القيم ولكنه يعتبر نفسه ضعيفاً ومريضاً وغير قادر على مواجهة الناس لنقص فيه. وأما البعض الآخر فهو يشعر بهذا التناقض بين القيم الصحيحة والقيم الزائفة ويرغب بالتعامل بشكل واقعي وصحيح وبسيط مع الآخرين ولكن قلقه وخوفه يمنعانه من ذلك مما يؤدي به إلى المزيد من التوتر.

ومن القيم الاجتماعية الأخرى التي تشجع مشاعر النقص والدونية هي اعتبار أن بعض الأعمال غير لائقة بالإنسان وأنها أعمال وضيعة أو حقيرة. حيث يتنافس الناس في الحصول على أعلى الدرجات وأفضل المهن ومن لا يستطيع ذلك فعليه أن يعيش معقداً قلقاً لا يحب نفسه ولا يقدرها. وتستمر حساسيته تجاه الآخرين ومن هو أحسن منه حالاً سنوات طويلة ولا يستطيع التكيف مع عمله أو ظروفه التي استطاع أن يحصل عليها. وهو لا يقدر نفسه حق قدرها ويؤنبها وينتقدها ويحاسبها باستمرار. وأحياناً عندما يتعب من ذلك يسقط على الآخرين هذا الانتقاد وكأنهم هم الذين يحاسبونه ويعتبر أن الناس

لم يعجبهم كلامه أو شخصيته أو تصرفه وهذا جزء من أعراض الخوف الاجتماعي.

وهذا ما يؤكد ضرورة الاهتمام بالفرد وحقوقه في الحياة الكريمة القانعة وفي العمل الذي يتناسب مع قدراته وظروفه. وقد علمنا الإسلام أن العمل أساس الحياة وأنه عبادة وأن كل فرد يقوم بواجبه وعمله وهو محاسب على ذلك في الدنيا والآخرة.

وإذا تحدثنا عن العوامل العضوية التي تميز كثيراً من الدول العربية الإسلامية وإمكانية تأثيرها على انتشار حالات الخوف الاجتماعي نجد أن زواج الأقارب ولا سيما من الدرجة الأولى (ابن العم والخال أو ابن العمة والخالة وبناتهم) أنه منتشر. (ولا توجد إحصائيات دقيقة حول هذا الانتشار). وهذا ما يؤدي إلى ظهور العوامل الوراثية بشكل أكبر في الأبناء والبنات. وهذه العوامل تؤثر في اضطراب الخوف الاجتماعي من خلال الاستعداد للقلق والخوف والذي يرتبط بالآخرين والمواقف الاجتماعية.

وكما ذكر سابقاً فإن موضوع انتشار حالات الخوف الاجتماعي في مختلف المجتمعات لا يزال غامضاً ولا بد من الدراسات المقارنة بين المجتمعات لتحديد العوامل الاجتماعية والثقافية المهيئة لهذا الاضطراب بشكل أوضح.

(انظر الفصل التاسع حول الأسباب).

● ● ●

المضاعفات المرافقة للخوف الاجتماعي

تترافق حالات الخوف الاجتماعي بعدد من المضاعفات وذلك بسبب طبيعة الاضطراب نفسه وأعراضه. وقد بينت بعض الدراسات أن حالات الاكتئاب النفسي (Depression) قد تصل إلى ٥٠٪ في المرضى الذين يعانون من الخوف الاجتماعي. حيث أن الإحباطات المتكررة الناتجة عن الخوف ولا سيما في مجال العمل أو العلاقات الاجتماعية تجعل الإنسان فريسة لمشاعر اليأس من النجاح. وتزداد أفكار الإنسان السلبية عن قدراته ويعتبر نفسه ضعيفاً وجباناً. كما أن الخوف يمنعه من أن يحقق شخصيته وأن يمارس حياته العادية في لقاء الناس والحديث معهم وتبادل الزيارات والآراء والأحاديث. وهكذا تحدث حالات اكتئابية مرافقة قد تكون مزمنة أو مؤقتة بعد فشل أو إحباط في موقف معين له أهمية خاصة في حياة الإنسان.

ويترافق القلق العام (Generalized Anxiety) مع بعض

حالات الخوف الاجتماعي الأخرى. وأيضاً بعض المخاوف المحددة. وفي بعض الحالات يحدث الخوف من أماكن السوق بعد فترة من الخوف الاجتماعي وتقدر نسبة هذه الحالات بـ ٧ ٪ من حالات الخوف الاجتماعي. وقد تبين أن الأشخاص الذين يدمنون على الكحول والأدوية المهدئة المنومة يوجد بينهم من يعاني من حالات الخوف الاجتماعي. وهم يستعملون الكحول أو الحبوب المهدئة كي يستطيعوا مواجهة المواقف الاجتماعية العادية التي تسبب لهم الخوف والارتباك. وبعد فترة من الاستعمال يصبح عندهم حالة تعود وإدمان على هذه المواد الكيميائية. وتتطور حالتهم نحو الأسوأ فهم يواجهون مشكلات الإدمان وأخطارها العديدة الجسمية والنفسية. وبعضهم الآخر قد لا تصل مشكلتهم إلى حد الإدمان ولكنهم يستعملون هذه المواد في فترات معينة. وتدل الدراسات على أنهم يشكلون حوالي ٢٠ ٪ من حالات الخوف الاجتماعي في المجتمعات الغربية. [مرجع رقم ٢٦].

وتترافق حالات الخوف الاجتماعي أيضاً باضطراب الشخصية ولا سيما الشخصية الاجتنابية الهروبية وأيضاً تكثر صفات الشخصية الاعتمادية والشخصية الوسواسية. ولا توجد إحصائيات حول نسبة هذه الاضطرابات المرافقة. والعلاقة بين اضطراب الشخصية والخوف الاجتماعي علاقة معقدة. ويعتقد البعض أن اضطرابات الشخصية تهيّىء لهذا الاضطراب.. وبعضهم الآخر يعتقد أن حالة الخوف ذاتها تساهم في تكوين

واستمرار صفات الشخصية المضطربة ولا سيما في حال ظهورها المبكر.

وتبين الدراسات أن حالات الخوف الاجتماعي تسير سيراً مزمناً. وتزداد الأعراض شدة في حال تغير الظروف المهنية والاجتماعية التي تجبر الإنسان على أن يتعرض للمواقف الاجتماعية أكثر من قبل. وفي هذه الحالات يزداد التوتر والقلق والإحباط ويحاول المريض أن يتجنب هذه المواقف بشتى الوسائل. وقد يؤدي ذلك إلى تدهوره المهني وعدم ترقيته وفي بعض الأحيان يؤدي به إلى أن يخسر مهنته حيث يُعتبر أنه غير كفء للقيام بعمله الذي يتطلب مواجهة الناس والتعامل معهم أو الحديث إليهم.

ويمكن في بعض حالات الخوف الاجتماعي أن يمتنع الإنسان عن الزواج بسبب الخوف من الحديث مع الجنس الآخر والخجل الشديد من الأمور الجنسية إضافة إلى الخوف من مقابلة الناس وزيارتهم واستقبالهم في منزله إذا ما تزوج. وتنتشر المخاوف من حفلات الزفاف والاجتماع بعدد كبير من المهنئين والمدعوين وأن يكون الإنسان موضع الاهتمام والانتباه من قبل الحاضرين يتفحصونه وربما يعلقون على تصرفاته وشكله بشكل انتقادي. وهذا الخوف طبيعي ومنتشر وقد يصبح مرضياً ويتطور إلى درجة شديدة تمنع الإنسان من التفكير في الزواج أو تأجيله سنوات طويلة..

ويمكن لبعض حالات الخوف الاجتماعي الأخرى غير

الشديدة أن تتحسن تلقائياً ومن خلال تجارب الحياة وجهود الإنسان المستمرة لمواجهة خوفه والتعرض لمواجهة المواقف المحرجة. وتؤدي التجارب الناجحة والظروف المساعدة التي يحقق الإنسان من خلالها شخصيته ولا يتعرض فيها للانتقاد الصريح إلى بناء الثقة في النفس وإلى نقصان درجة الخوف والتوتر وعدم الشعور بالارتباك الزائد أو القلق.

وتتطور بعض الحالات الأخرى إلى درجة شديدة تؤدي إلى انحباس الإنسان في منزله وامتناعه عن القيام بأي نشاط اجتماعي أو احتكاك مع الناس ويعرف ذلك باسم الاحتباس أو التقييد في البيت (House Bound). وفي هذه الحالات لا يخرج الإنسان من منزله أبداً ويحتاج إلى من يقوم برعايته وشراء حاجياته الأساسية. وقد تختلط هذه الحالات ظاهرياً مع بعض الاضطرابات النفسية الشديدة ولكن معرفة الأعراض المرضية وتاريخ تطور الحالة إضافة إلى الفحص النفسي تبين على أنها ليست حالة اضطراب عقلي وإنما هي حالة من حالات الخوف الاجتماعي العصابية التي تطورت إلى درجة شديدة. [مرجع رقم ٢٢].

● ● ●

□ الفصل التاسع

حول الأسباب

تتعدد الأسباب التي تساهم في نشوء حالات الخوف الاجتماعي العصابية . . . وينطبق ذلك التعدد على معظم الاضطرابات النفسية . ولا تزال الدراسات مستمرة لإعطاء معلومات أكثر حول كيفية ومدى تأثير كل سبب على حدة .

ويمكن القول أن الطب النفسي يختلف عن كثير من فروع الطب الأخرى من حيث وصوله الأكيد إلى تحديد أسباب الأمراض والاضطرابات النفسية . ويرجع ذلك إلى عدد من العوامل ومنها : طبيعة الإنسان نفسه . فالإنسان بمكوناته الجسمية والعقلية والروحية والاجتماعية لا يزال لغزاً كبيراً من الناحية العلمية . وذلك لصعوبة إجراء الدراسات الدقيقة وتكرارها ، وتعقيد مادة البحث نفسه ، وأيضاً صعوبة إعطاء كل عامل مؤثر وزنه وأهميته من حيث تأثيره على الإنسان .

كما أن اختلاف الآراء حول تصنيف الاضطرابات النفسية

وتعريفها ومكوناتها له دور في تقدم البحث العلمي وتبادل الآراء وتعميم النتائج وغير ذلك. وقد تمت تطورات وكشوفات هامة في وسائل التشخيص ودراسة الدماغ البشري وبقية الأعضاء من الناحية التشريحية والفيزيولوجية والكيميائية. وظهرت الأجهزة الحديثة التي تسجل وظائف الدماغ في حالة الصحو والنوم وخلال مختلف العمليات العقلية. كما تطور العلاج الكيميائي وتأثير دواء معين على الجسم والجهاز العصبي. وأمكن دراسة العمليات الدقيقة التي تجري في جسم الإنسان في الحالات الطبيعية والمرضية المتنوعة وأثناء العلاج وبعده.

ومن المتوقع أن يحدث تقدم أكبر في فهمنا للاضطرابات النفسية، ويختلف الباحثون في مدى شمولية ذلك التقدم حيث أن البحث العلمي يتركز أكثر في النواحي العضوية الكيميائية بينما النواحي الأخرى النفسية والتربوية والاجتماعية لا يزال البحث فيها أقل تقدماً. والنظرة الشمولية تؤكد على أنه لا بد لنا من تناول الإنسان واضطراباته النفسية من مختلف الزوايا العضوية والنفسية والاجتماعية دون النظرة الضيقة التي تؤكد على العوامل العضوية الكيميائية فقط.

وفي حالات الخوف الاجتماعي تبرز هذه العوامل الثلاثة معاً في فهمنا لنشوء الاضطراب. وفي مناقشة الأسباب المتعلقة بحالة معينة فردية ربما تبرز أهمية عوامل معينة بينما العوامل الأخرى تكون أقل تأثيراً. وفيما يلي عرض ومناقشة لمختلف الأسباب العضوية والنفسية والاجتماعية وفقاً لعدد من الدراسات

والنظريات التي تحاول تفسير نشوء حالات الخوف الاجتماعي.

وفي البداية لا بد من الإشارة إلى أن معظم الباحثين يعتبرون أن القلق الاجتماعي وخوف الإنسان من الآخرين هو أمر فطري وطبيعي وموجود عند جميع البشر. وهذا القلق إيجابي ويدفع بالإنسان إلى أن يظهر بمظهر حسن وجيد أمام الآخرين ويجعله يتهيأ للقاء الناس ويظهر أحسن ما عنده من آراء وكلمات وتصرفات. ويدفعه هذا القلق الطبيعي لاكتساب قدرات اجتماعية أكثر ومهارات عامة. وعادة تخف درجة القلق مع تكرار مواجهة المواقف وأيضاً خلال نفس الموقف. ويعتقد البعض أن حالات الخوف الاجتماعي تختلف من الناحية الكمية فقط عن القلق الاجتماعي الطبيعي فهي تمثل درجة شديدة ومتطرفة من القلق ينشأ بسبب عوامل متعددة. وأما البعض الآخر فهو يعتقد أن حالات الخوف الاجتماعي تختلف اختلافاً نوعياً وليس فقط في الدرجة عن القلق الاجتماعي الطبيعي ويرتبط بهذا الاختلاف النوعي أسباب مرضية عضوية بشكل أساسي. وفي الوقت الحاضر لا يوجد ما يثبت هذه النظرية أو تلك..

□ العوامل العضوية والوراثية:

بينت دراسة في النرويج عام ١٩٨٩ أجريت على ٩٥ من التوائم الحقيقية أن التوائم الحقيقية تشترك بنسب أكثر من التشابه في مظاهر الخوف الاجتماعي مقارنة مع التوائم غير الحقيقية. وهذه المظاهر هي التوتر والرجفة في حال تناول

الطعام مع الغرباء، وأن يكون الإنسان موضع مراقبة الآخرين أثناء العمل أو الكتابة. وتدل هذه الدراسة على وجود عامل وراثي وسيط يساهم في تكوين الخوف الاجتماعي. وهناك عدد من الآراء والفرضيات التي تحاول تفسير وترجمة العامل الوسيط والعمليات العصبية العضوية التي تتعلق به. ولا يوجد رأي ثابت في الوقت الحاضر حول ذلك. وترتبط عادة العوامل الوراثية لظهور اضطراب معين بازدياد ظهوره في الآباء أو الأمهات أو الأبناء أو الأخوة وأيضاً في الأشخاص ذو القرابة من الدرجة الأولى. ولا توجد إلى الآن أية دراسة علمية تبحث في هذا الموضوع في حالات الخوف الاجتماعي [مرجع رقم ٢٦]. ودراسة ذلك ضرورة ملحة وتلقي المزيد من الضوء حول العوامل الوراثية وأهميتها.

ويعتقد بعض الباحثين أن هناك اضطراباً داخلياً أساسياً يرتبط بالتكوين الجسمي والخُلقي للإنسان. جوهره الاستعداد المرضي للقلق. وهو يهيء لظهور حالات القلق الحاد والخوف من أماكن السوق والخوف الاجتماعي. ولا يوجد دليل واضح على ذلك ولا سيما أن معظم حالات الخوف الاجتماعي لا تترافق مع اضطراب القلق الحاد الذي يأتي فجأة ودون ارتباط بالمواقف الاجتماعية. كما أن نسبة قليلة من حالات الخوف الاجتماعي تتطور إلى حالات الخوف من أماكن السوق.

والحقيقة أن أعراض القلق في حالات الخوف الاجتماعي تشبه أعراض القلق الحاد من حيث وجود أعراض ازدياد ضربات

القلب والتنفس السريع السطحي والرجفة وغير ذلك وهذه الأعراض مرتبطة من الناحية الفيزيولوجية بإثارة الجهاز العصبي الذاتي (Autonomic Nervous System) والذي ينتج عنه ازدياد مستوى مادة «الأدرنالين» في الدم. ومصدر ازدياد هذه المادة الكيميائية هو الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) في حالة القلق الحاد بينما في حالة الخوف الاجتماعي هو العقد العصبية المحيطية. كما بينت الدراسات الدوائية التي وجدت تحسناً كبيراً عند إعطاء مادة مضادات «بيتا أدرنالين» في حالات الخوف الاجتماعي وعدم التحسن في حالات القلق الحاد. وهذه الأدوية لا تعبر الحاجز الدماغي الوعائي ولا تؤثر على الدماغ بينما تأثيرها الأساسي في الجهاز العصبي الذاتي (وليس المركزي الدماغي).

ويعتقد بعض الباحثين أنه في حالات الخوف الاجتماعي تحدث إثارة خاصة للجهاز العصبي الذاتي وهي إما أن تكون بدرجة شديدة غير طبيعية أو أن مدتها تكون طويلة. حيث أن الدراسات وجدت أن الأشخاص العاديين عندما يطلب منهم إلقاء كلمة أمام الناس يحدث لديهم ازدياد في مادة «الأدرنالين» في الدم حوالي ضعفين إلى ثلاثة أضعاف عن الحالة ما قبل الحديث إلى الناس وأن هذا الازدياد لا تطول مدته ويكون وجيزاً.

وهذا الاختلاف العصبي في شدة الإثارة ومدتها بين الأشخاص الطبيعيين والمصابين بحالات الخوف الاجتماعي ربما

يكون الأساس الفيزيولوجي الكيميائي العصبي لحالات الخوف الاجتماعي. ويمكن لعدد من العوامل والمؤثرات العضوية والتكوينية الجسمية وغيرها من العوامل المكتسبة أن تؤدي إلى هذه الظاهرة. ولا يزال سبب هذه الظاهرة مجهول [مرجع رقم ٢٦].

وقد بينت بعض الدراسات ترافق حالات الخوف الاجتماعي مع قصور الصمام التاجي (Mitral valve prolapse) وكانت نسبة ذلك ٢٥ ٪ في إحدى الدراسات [مرجع رقم ١٤]. وهو مرض وراثي يصيب حوالي ٥ ـ ١٠٪ من الناس وهو مرض سليم إلاّ في حالات قليلة. وأعراضه بشكل أساسي آلام في الصدر والتعب الجسمي إضافة إلى الخفقان واضطرابات نظم القلب. وأحياناً يكون دون أعراض ظاهرة [مرجع رقم ٢٥] وهذا المرض يترافق مع حالات نفسية أخرى مثل حالات القلق الحاد. ولا يزال تفسير هذا الارتباط غير واضح. وربما يؤدي اضطراب نظم القلب إلى زيادة مشاعر الخوف والقلق عند الشخص وجعله حساساً بشكل خاص لأية تغيرات جسمية مرافقة لأعراض القلق الطبيعي وفيما بعد ونتيجة عوامل إضافية تتكون عنده المخاوف من المواقف الاجتماعية. وقديكون هناك عاملاً مشتركاً يتظاهر بقصور الصمام القلبي التاجي وزيادة حساسية الجهاز العصبي الذاتي وزيادة استثارته وغير ذلك من التفسيرات.

وفي ملاحظاتي الخاصة لحالات الخوف الاجتماعي

(دراسة قيد الإجراء) تبين أن عدداً من المرضى يشكو من اضطرابات في الجهاز التنفسي العلوي مثل انحراف وتيرة الأنف (Nasal Septal Deviation) والزوائد الأنفية (Nasal Polypes) وأيضاً عدم توازن الجوف الأنفي بسبب عدد من الأسباب كالرضوض والالتهابات والحساسية. وقد يؤدي ذلك إلى خلل فيزيولوجي في عملية الشهيق والزفير ويجعل التنفس الطبيعي ناقصاً وغير كافٍ مما يؤثر بدوره على الوظائف القلبية التنفسية وربما يساهم ذلك في ازدياد أعراض القلق الطبيعية في المواقف الاجتماعية ويجعلها أكثر شدة أو أطول مدة. وربما تؤدي هذه الاضطرابات مع وجود عوامل إضافية إلى نشوء بعض حالات الخوف الاجتماعي. وقد تكون هذه الأمور التنفسية المرافقة مجرد ارتباط عرضي وليس سببياً. وقد يكون تأثيرها قليلاً وجانبياً. ولكن ربما يساعد تصحيح هذه الاضطرابات التنفسية في التخفيف من شدة الأعراض المرافقة للخوف الاجتماعي وانتظام عملية التنفس. وتحتاج مثل هذه الملاحظات إلى دراسات أكثر لتبين مدى صحتها وأهميتها العلاجية.

ومن المعروف أن معظم الباحثين يعتقدون أن للجهاز التنفسي في اضطرابات القلق بشكل عام أهمية خاصة. وأن القلق مرتبط بالتنفس السطحي والسريع. وتدل الملاحظات على الأطفال الرضع أنهم يتنفسون بشكل عميق حيث يستعملون عضلات البطن. وتقوم معظم الأساليب الشخصية للسيطرة على القلق وأيضاً ما يسمى العلاج بالاسترخاء (Relaxation Therapy)

على التمرين على التنفس العميق والهادئ. وهذا بدوره يؤدي إلى زوال التوتر والقلق، إضافة إلى أنه بشكل خاص يساعد الإنسان على عدم انقطاع نفسه أثناء الكلام والحديث أمام الناس كما يحدث في التلعثم في حالات الخوف الاجتماعي.

(أنظر الفصل العاشر حول العلاج للمزيد من التفاصيل).

☐ العوامل النفسية:

تعتبر مدرسة التحليل النفسي أن المخاوف المرضية هي تحويل للقلق الداخلي المرتبط بالرغبات والنزعات المكبوتة إلى موضوع الخوف نفسه ومن ثم الخوف منه. وينطبق ذلك على الخوف الاجتماعي أيضاً.

والرغبات الشخصية المكبوتة التي ينتج عنها القلق الداخلي ترتبط أساساً بـ (عقدة أوديب) وهي التنافس والصراع مع الأب من نفس الجنس من أجل الفوز بالأم وحبها. وترتبط هذه الرغبات التنافسية العدوانية والجنسية والرغبة في الظهور والتفوق عادة بالشعور بالذنب والإثم والتقليل من أهمية الذات ومشاعر النقص وهذا بدوره يرتبط بعقدة الخصاء (Castration Complex) وهي نوع من القلق المستمر والخوف الداخلي المرتبط بتهديد الذات في تكوينها وقدرتها من مصادر القوة والسلطة. حيث تتكون داخل الإنسان مجموعة من التصورات والآراء المتناقضة حول نفسه ورغباتها. وفي حال التعبير عن مثل هذه الرغبات في

المواقف الاجتماعية مثلاً فإن القلق والتوتر ينتابه حول إمكانية مثل هذا التعبير وكونه مقبولاً من ضميره ومن الناس. ويزداد التردد والتوتر وتستمر هذه العقد والصراعات بفعالياتها المتعددة المظاهر ومنها الخوف الاجتماعي.

وبعض هذه الآراء التحليلية معقدة وصعبة الفهم أو أنها غير مقبولة. وما يهمنا هنا هو الإشارة إلى وجود عمليات نفسية ذاتية وصراعات داخلية وعقد تساهم في زيادة القلق والخوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد. ومن المفيد فهم هذه الصراعات في كل حالة على حدة والمضي في طريق الحل أو التعديل أو التغيير.

ومن النظريات النفسية الأخرى التي تحاول تفسير حالات الخوف الاجتماعي أن الإنسان يسقط ضميره القاسي الشديد المتطرف على الآخرين. ونظراً لشدة هذا الضمير وتعذيبه للإنسان ولنفسه وتحطيمها المستمر فإن القلق الناتج عن ذلك كبير يصعب احتماله.

فالضمير جزء من الإنسان نفسه والصراع معه قد يبلغ درجة لا تطاق ولذلك فإنه يسقط على الآخرين كثيراً من محتويات ضميره هو وطريقته القاسية اللاذعة في انتقاد نفسه. فهو يعتبر أن الآخرين يتهامسون عليه أو يسخرون منه أو ينتقدونه عند مقابلتهم او الحديث أمامهم وهذا يفسر أعراض الخوف الاجتماعي. [مرجع رقم ٤٠].

وقد وجدت بعض الدراسات أن ازدياد الشعور بالفردية

وازدياد مشاعر التمرد وعدم الانقياد يرتبط بحالات الخوف الاجتماعي. وبالطبع فإن كل إنسان يحب نفسه ويرغب في أن يكون مبتكراً خلاقاً ومختلفاً وليس نسخة طبق الأصل عن شخص آخر أو الآخرين. كما أن مشاعر عدم الرضا والتمرد تشكل دافعاً نحو التغير والتطور الإيجابي في كثير من الأحيان. وبعض الناس لا يستطيع التعامل مع هذه المشاعر الشخصية بشكل إيجابي بل يزداد قلقه وتوتره ويؤدي ذلك إلى الخوف والارتباك في المواقف الاجتماعية [مرجع رقم ١٤، ١٨، ٢٦].

كما بينت بعض الملاحظات العيادية أن بعض مرضى الخوف الاجتماعي لديهم صعوبة خاصة في التعامل مع المشاعر العدوانية والتي تظهر بشكل انتقاد أو عدم الموافقة في الرأي أو عدم الرضا عما يجري من حديث أو تصرفات. ولكنهم لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم وآرائهم بشكل مقبول وذلك لعدد من الأسباب مثل ضعف قدرتهم اللغوية وتعبيراتهم المناسبة أو بسبب شدة هذه المشاعر التي يؤدي التعبير عنها إلى إيذاء الآخرين وإزعاجهم، أو بسبب القلق والتوتر الشديد الذي تحدثه مثل هذه المشاعر في داخلهم. ويؤدي ذلك إلى أعراض القلق والخوف من هذه المواقف والتزام الصمت غالباً، وفي بعض المواقف يمكن لهذه المشاعر أن تنفلت ويحدث التعبير اللاذع وعدم الموافقة والانتقاد للآخرين.

ويفيد في هذه الحالات معرفة أسباب المشاعر العدوانية وتفهمها إضافة إلى الأساليب الإيجابية والمقبولة في تصريفها

مثل الرياضة وغيرها. كما أن التمرين العملي على التعبير عن الذات بأشكال وكلمات متعددة يساعد في إغناء الشخصية وأساليبها في التعبير الإنفعالي وازدياد القدرة على تنظيم المشاعر العدوانية بشكل ناجح ومتكيف.

ومن الملاحظات العيادية الأخرى أن عدداً من مرضى الخوف الاجتماعي لديهم تصورات خاطئة عن أنفسهم من النواحي الجنسية حيث تخطر في بالهم أنهم ربما يكونون شاذين جنسياً أو ناقصين من النواحي الجنسية وأن الآخرين ربما يلاحظون ذلك.

ويرجع ذلك في الغالب إلى المعلومات الخاطئة إضافة إلى بعض الصراعات النفسية اللاشعورية والتجارب الخاطئة. وهذا القلق المرتبط بالهوية الجنسية يكثر عادة في مرحلة المراهقة وما بعدها وهو يرتبط بعدد من الاضرابات النفسية ومنها الخوف الاجتماعي.

□ العوامل السلوكية والتعلمية والمعرفية:

اهتمت المدرسة السلوكية في تفسير حالات الخوف الاجتماعي بدراسة التجارب المؤلمة والصدمات التي يتعرض لها الشخص خلال تاريخ حياته. وقد استعملت مفاهيم بسيطة تعتمد على التعليم والتعلم الشرطي (Conditional Learning) والمكافآت (Rewards) والنتائج المترتبة على سلوك معين.

وإذا تعرض الإنسان لموقف اجتماعي مؤلم ومزعج، فإنه

يتعلم أن هذا الموقف أو ما يشابهه من المواقف سيكون مؤلماً ومزعجاً، وهكذا ينشأ الخوف الاجتماعي بعد تجربة سلبية أمام الآخرين حدث له فيها تلعثم أو خفقان شديد في القلب أو رعشة أو انتقاد ولم يستطع أن يتخلص من ذكراها وتأثيرها السلبي على نفسيته وحياته.

وبعض الأشخاص ممن لديهم حالة الخوف الاجتماعي يذكر مثل هذه المواقف وبعضهم الآخر لا يتذكرها.. ووفقاً لنظرية التعلم فإن التذكر ليس شرطاً أساسياً وتفترض النظرية أن الإنسان قد مر بتجارب ربما تكون شديدة وذكراها قد زالت من الذاكرة ولكن تراكمات الصدمات والتجارب المؤلمة يؤدي في الإنسان إلى نشوء سلوك اجتنابي وما يرافقه من خوف وقلق من الموقف المثير للألم.

ومن الفرضيات الأخرى السلوكية أن المرضى الذين يتكون عندهم الخوف الاجتماعي يحدث عندهم حساسية خاصة تجاه الأعراض الجسمية المرافقة للقلق وقد تعودت أجهزة أجسامهم وأعصابهم على تلك الحساسية. وينتج عن ذلك أنهم قد تعلموا أن المواقف الاجتماعية ترتبط بزيادة في التوتر والقلق وهم بالتالي يخافون هذه المواقف ويبتعدون عنها ولا يواجهونها. وتفترض أيضاً أن ردود أفعالهم تجاه القلق الجسمي الطبيعي هي ردود متطرفة ويفسر ذلك التعليم المسبق والتعود على الإستجابة المتطرفة تجاه القلق.

وهكذا يمكن القول بأن استجابة الخوف والقلق للمثيرات

الاجتماعية هي عادات خاطئة وغير ملائمة. ويقوم العلاج على إعادة تعلم عادات جديدة أكثر تكيفاً في المواقف الاجتماعية من خلال تغيير ما يسبق السلوك نفسه والنتائج التي تليه. [مرجع رقم ١٨، ٣٧].

وتعتبر المدرسة النفسية النمائية (Developmental Psychology) التي تهتم بدراسة مراحل النمو وتطور قدرات الإنسان منذ الطفولة الباكرة إلى سن الشباب أن السبب الرئيسي في حالات الخوف الاجتماعي هو عدم اكتساب القدرات الاجتماعية المناسبة أو نقص هذه القدرات. حيث أن التعامل مع الناس يحتاج إلى قدرات متعددة مثل النظر في وجه الشخص الآخر أثناء الحديث معه وإظهار الاهتمام بكلامه من خلال وضعية جسمه وهز الرأس وغير ذلك. كما يحتاج للقدرة على الاستماع ثم اختيار الوقت المناسب للكلام. وأيضاً معرفة ما يريده الطرف الآخر والحساسية لرغباته وقراءة تعبيرات وجهه ومعنى كلامه. فإذا تحدث الإنسان حديثاً مملاً أو غير مناسب يمكن أن يقرأ ذلك من ردود فعل الآخرين وعليه أن يغير موضوعه أو يلطف الجو بنكتة أو ما شابه ذلك. كما أن مواقف التوتر والانزعاج تحتاج لقدرات معينة في تهدئة الموقف وتعديله أو تحمله ومواجهته.

وعندما يريد الإنسان أن يطلب طلباً معيناً أو يعبر عن رغبة ما عليه أن يدرك كيفية ذلك وأن يتعلم عدداً من الطرق والأساليب ليعبر عن نفسه بشكل صحيح وفعال.

ويرتبط اكتساب القدرات الاجتماعية بالبيئة المحيطة بالإنسان وقدرات من حوله وتشجيعهم. حيث يتعلم الإنسان من الآخرين ويعلمهم. كما يرتبط بوجود الفرص المناسبة للتعلم من الأقران ومن الكبار. وقد وجدت الدراسات أن الأسر التي تتنقل كثيراً في عدد من المدن أو البلدان تزداد في أبنائها حالات الخوف الاجتماعي. ويعود ذلك إلى عدة عوامل ومنها عدم إتاحة الوقت الكافي لإقامة علاقات اجتماعية مستمرة ومتكررة مما يجعل فرص الأبناء أمام اكتساب هذه القدرات وتطويرها قليلة. [مرجع رقم ٢٣ ــ ٢٦ ــ ٤٠].

ويقوم العلاج وفقاً لهذه النظرية النمائية على اكتساب القدرات الاجتماعية وتطويرها من خلال التمارين المتعددة بشكل فردي وجماعي. كما أن لهذه النظرية أهمية كبيرة في مجال الوقاية حيث تبرز أهمية اتاحة الفرص المتكررة للأطفال والمراهقين والكبار للتعبير عن أنفسهم وتعوّدهم على مواجهة المواقف الاجتماعية المتنوعة واكتسابهم للقدرات المطلوبة في الحديث أمام الناس ومعهم.

وأما المدرسة المعرفية (Cognitive School) والتي تعطي أهمية كبيرة لأفكار الإنسان عن نفسه وعن الآخرين وعن المستقبل فهي تعتبر أن السبب الرئيسي للخوف الاجتماعي يكمن في طريقة تفكير الإنسان عن نفسه وعن غيره فهو ينظر إلى نفسه نظرة سلبية ويقلل من إنجازاتها ونقاط القوة فيها. ويضخم نقاط ضعفه وقصوره.

ومن ناحية ثانية يعطي للآخرين ونظرتهم وآرائهم أهمية كبيرة غير واقعية ويحاول أن يرضيهم بشتى الوسائل وكأن رضى الناس غايته الكبرى.

وقد وجد الباحثون أن عدداً من الأفكار التلقائية التي يفكر بها الإنسان تشكل جزءاً من اضطراب الخوف الاجتماعي وهذه الأفكار سلبية بشكل عام وتتردد في ذهنه بشكل متكرر وأوتوماتيكي (Automatic Thoughts) وهي ترتبط بمجموعة أخرى من الفرضيات الأساسية للشخص نفسه حول ذاته والآخرين. ومثال ذلك أن الشخص يتردد في ذهنه أن كلامه ممل أو أن الناس يلاحقونه بانتباههم كي ينالوا منه ويصغرونه. والفرضية الأساسية في التفكير هي «إنني أقل أهمية من الناس وأن الناس كلهم شر وإزعاج». ويتوصل الإنسان إلى مثل هذه الأفكار من خلال أخطاء في طريقة التفكير مثل التعميم من خلال تجارب قليلة. أو التضخيم لأمور بسيطة أو الاستنتاج الاعتباطي الافتراضي في أحيان أخرى.

ويقوم العلاج المعرفي على استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية أكثر وتبيين عادات التفكير الخاطئة وتعديلها... [مرجع رقم ٣٨ ــ ٤٠].

(أنظر الفصل العاشر حول العلاج للمزيد من التفاصيل).

□ العوامل الأسريّة والثقافية والاجتماعية:

تلعب العوامل الأسرية دوراً هاماً في نشوء حالات الخوف الاجتماعي. وقد بينت بعض الدراسات أن المرضى المصابين بالخوف الاجتماعي يذكرون في تاريخ شخصيتهم أن طفولتهم كانت غير سعيدة وأنهم عانوا من الحرمان النفسي والمادي وأن علاقتهم بوالديهم كان يسودها البعد العاطفي والبرود إضافة إلى عدم التقبل والرفض من الأهل.

وهذه الذكريات تساهم عادة في تكوين مشاعر النقص كما تؤدي إلى ازدياد مشاعر الإحباط والعدوانية والتوتر وعدم الرضا عن النفس، ويشترك في مثل هذه الذكريات كثير ممن يصاب بمختلف الاضطرابات النفسية وليس الخوف الاجتماعي وحده.

وفي دراسات أخرى كان تقييم مرضى الخوف الاجتماعي لعلاقتهم مع أهلهم في المراحل المبكرة في حياتهم بأنها كانت تتصف بالحماية الزائدة بشكل عام ومن أية احتمال للخطر. ومن ناحية أخرى فإن الفرص لاكتشاف الحياة بشكل تلقائي وذاتي ضعيفة. حيث أن مراقبة الأهل الشديدة وانتقاداتهم وتوجيهاتهم المتكررة وعدم رضاهم عن التصرفات العادية الطفولية تؤدي إلى فرض القيود الكثيرة والخوف والارتباك عند القيام بأي عمل قد لا يكون صحيحاً.

وهذه الدراسات السابقة تعتمد على ذكريات المريض فقط وهي تتعلق بمرحلة مضت من تاريخ الإنسان وهي تسمى

بالدراسات الاسترجاعية (Retrospective Studies) وقيمتها العلمية أقل من الدراسات المتابعة المستقبلية (Prospective Studies) ذلك لأن الإنسان يمكن له أن يشوه ذكرياته الماضية بسبب الظروف والأحوال الحاضرة إضافة إلى تداخل الذكريات وعوامل النسيان وغير ذلك. وأما في الدراسات المتابعة المستقبلية فإنه يتم دراسة مجموعة من العوامل في عدد من الأشخاص وتجري المتابعة ودراسة هذه العوامل بعد فترة محددة أو بشكل مراحل زمنية.

وهذه الدراسات في مجال الأسرة والتربية صعبة وشاقة حيث يجب دراسة صفات الأسرة والأساليب الأبوية في مجموعة من الأطفال ثم متابعة حالتهم سنوات طويلة ومعرفة الآثار المترتبة ودرجة الارتباط بين صفات تربوية معينة وبين اضطرابات نفسية أو غيرها. ونتائج مثل هذه الدراسات أكثر صحة ودقة من الدراسات الاسترجاعية.

ويمكن للأسرة أن تؤثر في نشوء حالات الخوف الاجتماعي من خلال سلوك الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت الأكبر سناً. وذلك من خلال التقليد وتمثل السلوك المضطرب وأيضاً الاستبطان (Introjection) وغيره من العمليات النفسية التي تدفع الطفل إلى التعلق بأحد الوالدين أو الأخوة وتكرار أساليبه الاجتنابية وتصرفاته الخجولة المرتبكة في المواقف الاجتماعية وأيضاً حفظ تعليقاته وآرائه وتمثل خوفه وقلقه من الآخرين.

كما يؤدي التوتر الأسري والمشاكل بين الأبوين إلى زيادة القلق في جو الأسرة ويساهم ذلك في زيادة السلوك الانكماشي

والانسحاب عند واحد من أفراد الأسرة أو أكثر..

والأسرة وفقاً لنظرية الأنظمة أو المنظومات (System Theory) تتكون من وحدات متفاعلة باستمرار والعمليات والسلوكيات التي تحدث في أحد أطرافها تؤثر على الطرف الآخر. وعندما تواجه هذه الوحدات المتفاعلة معاً خطراً أو مشكلة ما يتهدد توازنها الداخلي ويزيد التوتر. والسلوك المضطرب يمكن له في بعض الحالات أن يمتص هذا التوتر الزائد ويحافظ على تماسك الأسرة من جديد.

وهكذا يمكن للخوف المرضي وتجنب مقابلة الناس عند أحد أفراد الأسرة أن يلعب دوراً إيجابياً في تماسك الأسرة أثناء مواجهتها لخطر ما حيث تتحول الأنظار إليه والجهود لمساعدته وتقديم العون المشترك له وهذا بدوره يزيد تمسك الفرد بأعراضه. ويمكن أن تزداد أعراضه حدة في حال مواجهة الأسرة فيما بعد خطراً جديداً يهددها بالتفكك والتحطم. مثل ما يحدث لبعض الأطفال والمراهقين في الأسرة التي يكون فيها الزوجان على وشك الانفصال وغيرها من الأزمات التي تهدد بالتفكك.

ومن ناحية أخرى فإن التوازن في الأسرة يتطلب وجود أحد الأطراف الذي يمثل في سلوكه نوعاً من الضغط السلبي في ناحيته لمواجهة الضغوط الإيجابية في ناحية أخرى. فالزوج العصبي كثير الهياج تتعود زوجته على الصمت والبرود لتعديل المواقف.

ومن الملاحظات العيادية أنه يمكن للزوج (أو للزوجة) أن يساعد على تأكيد السلوك المضطرب والهروب من المواقف الاجتماعية والتخوف من إقامة علاقات جديدة من خلال سلوك الطرف الآخر المعاكس. كأن يكون الزوج منطلقاً متعدد العلاقات والزيارات ولا يجلس في بيته إلاّ قليلاً وأيضاً يكون جريئاً مسيطراً ومتكلماً يتحدث كثيراً ولا يفتح لغيره باب الحديث أو إبداء الرأي. وهذا ما يؤدي إلى تثبيت سلوك الخوف والارتباك والانسحاب الاجتماعي عند الطرف الآخر. لأن الزوج بشكل عملي يرضيه السلوك المضطرب ولو أنه في بعض الأحيان ينتقد زوجته على ارتباكها وخجلها. وتحسن حالة الزوجة من ناحية خوفها الاجتماعي ربما يؤدي إلى اختلال التوازن في الأسرة كلها. مما يتطلب وعياً مشتركاً بهذه العمليات الأسرية وتفهمها ومساعدة الطرفين معاً على التغير واكتساب السلوك الإيجابي المتعاون الذي يضمن الحفاظ على الأسرة وفعاليتها بشكل صحي سوي.

وتلعب بعض الأمور التربوية دوراً في تثبيت الخوف من المواقف الاجتماعية مثل إطلاق الصفات وإلصاق النعوت والصفات (Labelling) على الشاب المراهق أو الطفل كأن يسمى بأنه خجول أو ضعيف أو أنه لا يتكلم أو غير ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية. حيث يمكن أن تكون هذه السلوكيات مؤقتة وعابرة ومرحلية ولها أسبابها العديدة ولكن إلصاق مثل هذه الصفات بالإنسان واعتبارها أمراً مسلماً به ومفروغاً منه يزيد في

تقييـده ويجعـل عليـه من الصعب أن يتجاوز هـذه الصفات والسلوكيات. وفي التنبيه لذلك أهمية وقائية واضحة. وفي بعض الحالات الأخرى نجد أن الأهل أو المدرسين يشجعون في أبنائهم وطلابهم صفات الطاعة العمياء والاعتمادية والتزام الصمت وعدم الرد إضافة إلى السلوك المنكمش المقيد الهادىء. ويعتبرون ذلك فضيلة وأن ذلك نوع من التهذيب الشديد والمثالي. وليس لذلك أية علاقة بالحياء بالمعنى الأخلاقي الديني الذي يعني الابتعاد عن الفحش وترك القبيح من القول والعمل (راجع مرجع رقم (٢) صفحة ١٩٨: باب الحياء). (الحياء يعني الخجل باللغة الدارجة العامية ولكن ليس بالمعنى الديني) وعندما يتقدم في العمر وعليه أن يواجه الحياة والناس يجد نفسه خائفاً قلقاً وغير واثق بنفسه وقدراته الذاتية وتنقصه الجرأة في إبداء رأيه والتعبير عن رغباته.

ومن الأمور التربوية الهامة التي تساهم في تكوين الخوف الاجتماعي كثرة الأوامر والنواهي والممنوعات وتعقيد التعليمات والقواعد التي يجب اتباعها في المواقف الاجتماعية، والجمود وعدم المرونة وشدة العقاب في حال عدم تطبيقها [مرجع رقم ١٤] حيث يؤدي ذلك إلى زيادة القلق والشعور بالحرج والتقييد والخوف ومراجعة النفس المستمرة حول ما إذا كان تصرف معين مطابقاً لتلك الشروط أو أنه خاطىء وغير صحيح. وفي حال حدوث أخطاء ومن ثم العقاب الصارم فإن الشعور بالضعف والنقص يزيد كما تزيد مراقبة النفس فيما بعد ويصبح الإنسان

رسمياً وشكلياً في تصرفاته مع الآخرين وتضعف قدرته على التعبير التلقائي عن نفسه ورغباته مما يزيد في إزعاجه ويساهم في تجنبه للمواقف الاجتماعية والخوف منها.

وأما بالنسبة للأمور الاجتماعية والثقافية فإن هناك عدد من العوامل التي يمكن أن تؤثر سلبياً أو إيجابياً في نشوء حالات الخوف الاجتماعي أو التخفيف منها وذلك من خلال تأثيرها على طرق التربية والقيم والأفكار الاجتماعية والفرد نفسه.

ومن العوامل السلبية عدم وجود فرص التعبير عن الذات أو ندرة هذه الفرص. وعدم التأكيد على أهمية الفرد وحريته ومشاركته وتشجيعه على تحقيق شخصيته وتنمية مواهبه وقدراته. حيث يساهم في ذلك بناء الثقة الضعيفة في النفس وضعف القدرة على التعبير الذاتي.

وأيضاً التأكيد على أهمية نظرات الآخرين والخوف من تقييم الناس بدلاً عن الخوف من الضمير الشخصي إضافة إلى إبراز أهمية المظاهر الخارجية والشكل بدلاً عن المضمون. [مرجع رقم ١٤ ــ ١٧ ــ ٢٣].

ويلعب سلوك الأشخاص المحيطين بالفرد وأخلاقياتهم دوراً هاماً في توتر الفرد وحساسيته لهم. فالمحيط العدواني الانتقادي الذي لا يتقبل الفرد ويتهكم عليه ويسخر منه له دور سلبي واضح. وكذلك التنافس الشديد الذي يؤكد على النجم أو البطل الوحيد.

وأما المحيط الاجتماعي الذي يتقبل الفرد ويشجعه على المشاركات المتنوعة لقدراته فدوره إيجابي.

ومثال ذلك التأكيد على حقوق الأشخاص ذوي العاهات المختلفة الجسمية وغيرهم ممن لديهم أمراض مزمنة إضافة للأشخاص ذوي المستوى المنخفض من حيث قدراتهم الجسمية أو العقلية أو المهنية. وقد وجد أن التفرقة الاجتماعية واضطهاد الملونين أو الأقليات الأخرى في المجتمع الغربي له دور سلبي واضح في إضعاف الثقة بالنفس وزيادة الخوف الاجتماعي [مرجع رقم ٢٣]. وربما يكون هناك عوامل تربوية واجتماعية إضافية تلعب دورها وترتبط بالمحور الأساسي الذي يجمع هذه العوامل وهو يتلخص في كيفية تطور صورة الإنسان عن نفسه ومدى ثقته بها وقدرته على التعبير عن نفسه ورغباته أمام الآخرين.

والأمور التي تساعد على تكوين صورة إيجابية عن الذات وتهيء له الفرص المشجعة للتعبير عن نفسه ورغباته وآرائه تلعب دوراً وقائياً وعلاجياً.

وأما الأمور التي تساهم في تكوين صورة سلبية عن الذات ولا تهيء له الظروف المناسبة للتعبير عن نفسه فهي تلعب دوراً مرضياً يساهم في نشوء حالات الخوف الاجتماعي واستمرارها المزمن.

كلمة أخيرة حول الأسباب... كما هو واضح مما سبق مناقشته من الأسباب المتعددة التي يمكن أن تسبب الخوف

الاجتماعي فإنه لا يوجد سبب واحد. وفي كل حالة فردية ربما يجتمع العديد من هذه الأسباب. والبحث في هذه الأسباب الفردية مهم لأنه يساعد على تحديد خطة علاجية أكثر مناسبة للشخص نفسه. وقد يستغرق ذلك أكثر من جلسة واحدة وأحياناً عدة جلسات ولقاءات مع الطبيب المعالج.

كما أن معرفة الأسباب تساعد على الوقاية بجوانبها المتعددة حيث أن الوقاية بالمفهوم الطبي تهدف إلى منع ظهور الحالة المرضية أساساً إضافة إلى التخفيف من السير المزمن والشديد والمضاعفات التي يمكن أن تنشأ بعد ظهور الحالة.

(انظر الفصل الحادي عشر حول الوقاية).



الفصل العاشر:

حول العلاج

تتعدد الأساليب العلاجية التي يمكن إستخدامها في حالات الخوف الاجتماعي، وتختلف استجابة المريض لأساليب العلاج المتنوعة وفقاً للتفاصيل المرتبطة بحالته إضافة لشخصيته وظروفه العامة. وتدل الدراسات العلمية على فعالية ونجاح هذه الأساليب العلاجية. وفيما يلي بعض التفاصيل حول هذه الأساليب:

العلاج الدوائي:

تدل الدراسات الدوائية القديمة التي أجريت على مجموعة من عينات المرضى والأشخاص العاديين فائدة الأدوية المضادة للأدرنالين من زمرة بيتا (Adrenergic Blocker) وأيضاً الأدوية المثبطة للخمائر الوحيدة الأمين المؤكسدة (M.A.O.I.) في حالات الخوف الاجتماعي المختلطة بحالات الخوف الأخرى والقلق. وأيضاً فإن (كلوميبرامين) (Anafranil) وهو من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة (وهو مفيد وفعال في

حالات الاكتئاب والوساوس القهرية والمخاوف) قد وجد أن له تأثير إيجابي في بعض الدراسات التي أجريت على عينات من المرضى الذين يعانون من الخوف الاجتماعي إضافة إلى أعراض أخرى. وقد بينت دراسات أخرى أن (إيميبرامين) وهو من نفس الزمرة السابقة غير مفيد في حالات الخوف الاجتماعي مع أنه دواء فعال في حالات القلق [مرجع رقم ٢٦]. كما بينت أحدى الدراسات في مشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض [مرجع رقم ١٤] أن استعمال مضادات الاكتئاب والقلق (دون تحديد دقيق لنوعيتها) لم يكن له نتائج إيجابية واضحة.

ويمكن لمضادات الاكتئاب الحديثة مثل (فلوفوكسامين) (Faverin) أن تفيد في بعض الحالات كما تبين التجربة العملية ولكن لا توجد دراسات في الوقت الحالي حول ذلك.

وأما المهدئات والمنومات من زمرة (البنزوديازبين) فإن تأثيرها متناقض. حيث أن بعض الدراسات أوضحت بفعاليتها بينما في بعضها الآخر كانت سلبية إضافة إلى مشكلات التعود والإدمان على أدوية هذه الزمرة في حال استعمالها المديد أو بجرعات كبيرة. وتشير إحدى الدراسات الحديثة إلى فائدة الأدوية المثبطة للخمائر الوحيدة الأمين المؤكسدة في الحالات العيادية لمرضى الخوف الاجتماعي. [مرجع رقم ٢٧]. وهذه الأدوية لا تسبب الإدمان ولكن لها آثار جانبية وتفاعلات دوائية عديدة وخطيرة إذا ما استعملت

مع بعض الأدوية الأخرى أو بعض الأطعمة ويتطلب استعمالها حذراً ودقة خاصة.

وقد بينت معظم الدراسات القديمة والحديثة فائدة الأدوية المضادة للأدرنالين من زمرة بيتا مثل (Inderal) حيث يمكن استعمالها قبل حدوث الموقف الاجتماعي بمدة ساعة أو أقل. [مرجع رقم ٢٦].

وهذه الأدوية تستعمل أساساً لتنظيم ضربات القلب وأيضاً كمضادات لارتفاع ضغط الدم بجرعات عالية. وفي حالات الخوف الاجتماعي يكون تأثيرها الأساسي في التخفيف من مظاهر وأعراض القلق المحيطية كازدياد ضربات القلب والرجفة وغيرها. وأما استعمال هذه الأدوية بشكل مستمر ويومي في حالات الخوف الاجتماعي فلا يوجد ما يؤيده من الدراسات وهذا يحتاج للمزيد من الدراسة لتبيان مدى فعالية هذا الاستعمال ونتائجه العلاجية.

وهذه الأدوية تعتبر سليمة نسبياً ولا يجوز استعمالها في حال وجود مرض الربو الصدري وحالات الحصار القلبي من الدرجة الثانية أو الثالثة وغير ذلك. كما أن لها بعض الآثار الجانبية. مما يتطلب مراجعة الطبيب قبل وصفها.

ويصف بعض الأطباء عدداً من الأدوية النفسية مثل المهدئات الكبرى ومضادات الاكتئاب وغيرها في حالات الخوف الاجتماعي والهدف الأساسي من ذلك تخفيف درجة القلق والتوتر ومساعدة المريض على الإحساس بأنه أكثر قوة

وأنه يمتلك وسيلة علاجية للتغلب على خوفه الاجتماعي. ويفيد ذلك في بعض الحالات ولا يفيد في حالات أخرى. وتدل كثير من الدراسات على أن الاستعمال المؤقت للأدوية ولا سيما قبل التعرض للموقف الاجتماعي يمكن أن تكون له آثار إيجابية في تحسين الحالة المرضية.

وقد ساعدت هذه الأدوية العديد من المرضى والأسوياء وجعلتهم قادرين على حضور مختلف المناسبات الاجتماعية وإلقاء الكلمات أمام الجمهور والمشاركة في المقابلات الهامة وغير ذلك.

وعندما ينجح الإنسان في مواجهة الموقف الاجتماعي دون قلق أو بدرجة خفيفة منه فإن ذلك النجاح يساعده على زيادة الثقة في نفسه وتجاوزه للخوف ويشجعه على مواجهة هذه المواقف في المناسبات المقبلة. ومع تكرار النجاح تتغير نظرة الإنسان عن نفسه وعن الآخرين ويستطيع أن يمارس حياته بشكل عادي.

وهكذا فإن العلاج الدوائي يمكن أن يلعب دوراً إيجابياً مساعداً. وتتم الفائدة واستمرار التحسن في حال الأخذ بالأساليب العلاجية الأخرى غير الدوائية التي تضمن انخفاض درجة القلق والخوف وتغير الإنسان وتعلمه أساليب جديدة للسيطرة على القلق ومواجهة الموقف الاجتماعي المخيف بقدرات أكثر وتفكير إيجابي متوازن. وتدل دراسة المجتمعات الإنسانية على وجود طقوس معينة في المناسبات الاجتماعية حيث يقدم للزائر نوع من المشروبات والمواد الكيميائية ذات

التأثير النفسي والعصبي والإيحائي مثل الماء والعصير والقهوة والشاي في مجتمعاتنا.. أو الكحول أو التبغ وغيره في مجتمعات أخرى. ويعتبر ذلك نوع من حسن الضيافة وجزء من التقاليد في الاجتماعات الرسمية وقبل إلقاء الخطب والكلمات. وهذه المشروبات بأنواعها تلعب دوراً في تسهيل عملية اللقاء الاجتماعي وتخفيف التوتر والقلق (بأعراضه النفسية والجسمية مثل جفاف الفم والشد العضلي وغير ذلك) والذي يحدث عادة في المواقف الاجتماعية. وكأن ذلك نوع من العلاج الشائع للقلق الاجتماعي الطبيعي. ويمكن له أن يفيد في بعض الحالات الخفيفة من الخوف الاجتماعي حيث إن الإسراع في تناول أحد المشروبات يخفف التوتر ويفتح المجال للحوار والتفاعل.

وقد يلجأ البعض إلى تناول كميات من الكحول أو الأدوية المهدئة لتخفيف قلقه مما يعرضه إلى مشكلات إضافية تتعلق بالإدمان (كما ذكر سابقاً في الفصل الثامن) إضافة إلى أن مثل هذه المواد الكيميائية تلعب دوراً سطحياً في التخفيف من مشكلة الخوف الاجتماعي ولا بد من أساليب علاجية أخرى لمعالجة المشكلة بشكل متكامل.

□ العلاج السلوكي والمعرفي وتنمية القدرات الاجتماعية:

■ يعتقد معظم الباحثين في الاضطرابات النفسية أن العلاج السلوكي يقدم نتائج فعالة في علاج اضطرابات الخوف بشكل خاص إضافة إلى تأثيراته الناجحة في اضطرابات القلق والاضطرابات الجنسية وغيرها.

وفي حالات الخوف الاجتماعي يفيد العلاج السلوكي كثيراً. والأساليب العلاجية السلوكية عديدة ومنها التعرض للموقف الاجتماعي المثير للخوف والقلق ومواجهته (Exposure)، وهذا التعرض يمكن أن يكون تدريجياً (Desensitization) أو كاملاً (Flooding)، وأيضاً الاسترخاء وأساليبه، واستخدام الخيال والصور الذهنية، واستخدام المفكرة والوظائف المنزلية وتسجيل الملاحظات اليومية والمراقبة الذاتية للسلوك المراد تغييره وتمثيل الدور وغير ذلك من الأساليب.. وقد بينت إحدى الدراسات أنه لا يوجد فرق في النتائج العلاجية بين أساليب التعرض التدريجي أو التعرض الكامل أو بين التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية في علاج المرضى المصابين بالخوف الاجتماعي [مرجع رقم ٣٩].

وقد ركزت دراسات أخرى على أهمية العلاج بواسطة التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية عند الأشخاص الذين تعرضوا لصدمات سابقة في المواقف الاجتماعية. بينما أوضحت دراسات غيرها أن التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية يتفوق في نتائجه على التعرض التدريجي. [مرجع رقم ١٨].

وقد بينت دراسة أخرى أن التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية يفيد أكثر في حالات المرضى الذين لديهم ضعف ونقص في هذه القدرات. وتوضح إحدى الدراسات أن الأشخاص الذين يظهرون ردود فعل سلوكية سلبية في المواقف الاجتماعية مثل الانكماش والصمت واختيار المكان الجانبي

بعيداً عن الأضواء والأنظار في المناسبات الاجتماعية يفيد في علاجهم التمرين على اكتساب القدرات الاجتماعية. بينما الأشخاص الذين تتميز حالتهم بازدياد أعراض القلق النفسي والجسمي فإن الاسترخاء وأساليبه تفيد أكثر في حالتهم. [مرجع رقم ٣٥].

وكما هو واضح مما سبق فإن هناك العديد من المحاولات العلمية لتوضيح فائدة كل طريقة علاجية على حدة ونوعية المرضى التي يمكن أن تستجيب لهذه الطريقة أو تلك. ولا تزال معلوماتنا ناقصة حول ذلك وغير أكيدة.

وفي تطبيق أسلوب المواجهة والتعرض للموقف الاجتماعي الذي يسبب الخوف والقلق يطلب من المريض أن يختار أحد المواقف التي يتعرض لها عادة مثل أن يحضر اجتماعاً ما وأن يحاول أن لا يهرب من هذا الموقف وأن لا يعتذر عن الحضور. وعند حضوره وجلوسه في المكان أن يبقى في الموقف ولا يهرب منه أطول فترة ممكنة، حيث أن أعراض القلق الحاد والتوتر مثل نبضات القلب وجفاف الحلق والرعشة وغيرها سوف تخف بالتدريج إلى أن تصبح بسيطة. ذلك لأن التركيب الفيزيولوجي والعضوي للإنسان يجعل استجابته للخوف والقلق مرتبطة بالزمن وكلما مر وقت أطول على التعرض للموقف المثير للقلق كلما خفت درجة القلق والتوتر إلى أن تتلاشى. وربما يكون الزمن مدة ٣٠ دقيقة أو أكثر.

وهذا الأسلوب يطبق عادة في حالات الخوف المرضي

البسيطة المحددة مثل الخوف من القطط أو السباحة في الماء حيث يطلب من المريض البقاء مع المثير للخوف فترة زمنية أطول إلى أن يحدث التعود وتخف درجة القلق.

واستخدام هذا الأسلوب في حالات الخوف الاجتماعي يفيد في كثير من الحالات ولكنه وجد أن هناك مشكلات خاصة تتعلق بفائدة وفعالية هذا الأسلوب في المواقف الاجتماعية. فمثلاً قد يكون الموقف الاجتماعي قصيراً في مدته ولا يكفي الوقت لحدوث انخفاض في درجة القلق وحدوث التعود. وأيضاً لا يمكن توقع ردود فعل الآخرين الذين يشاركون في الموقف الاجتماعي حيث يمكن لأحد الحاضرين في المثال المذكور سابقاً في أحد الاجتماعات أن يوجه سؤالاً محرجاً أو تعليقاً سلبياً للمريض وهذا يزيد في التوتر ولا يسمح بحدوث انخفاض في درجات القلق. كما يصعب الابتداء التدريجي للمواجهة في الموقف نفسه لأن مختلف عناصر الموقف الاجتماعي يمكن أن تتغير شدة إثارتها للقلق وبشكل مفاجيء يصعب ضبطه وتوقع حدوثه. كأن يدخل مدير المدرسة إلى أحد الاجتماعات بشكل غير متوقع ويسبب توتراً لم يحسب حسابه من قبل وغير ذلك. . [مرجع رقم ١٢].

ويمكن أن تكون المواجهة للموقف الاجتماعي بواسطة التخيل أو في العيادة النفسية وبمساعدة الطبيب أو بشكل جماعي مع عدد من المرضى الآخرين الذين يعانون من نفس المشكلة. حيث يطلب المعالج من أحدهم أن يصف موقفاً معيناً مخيفاً

بتفاصيله الدقيقة وأن يعتبر الحاضرين في الجلسة العلاجية أنهم يمثلون نفس الأشخاص الموجودين في الموقف الحقيقي وأن يحاول إلقاء كلمة أمامهم أو التحدث مع أحدهم أو طرح سؤال ما وبشكل تمثيلي بسيط. ويعرف ذلك باسم تمثيل الدور (Role Play) وهو يساعد المريض على التغلب على خوفه وارتباكه من خلال المواجهة التجريبية وليس الحقيقية. ويستفيد المريض من ملاحظات المعالج حول تحسين أدائه حول استعمال أساليب ناجحة للتخفيف من التوتر مما يؤهله للمواجهة العملية فيما بعد. [مرجع رقم ٣٧ ــ ٤٣].

■ وأما العلاج المعرفي (Cognitive Therapy) فهو يرتكز على تعديل أفكار المريض عن نفسه وعن الآخرين من خلال المناقشة والحوار والتدريب على التفكير بطريقة إيجابية واقعية. ويجري تحديد أخطاء التفكير والتوصل إلى الافتراضات الأساسية المرضية عند المريض من خلال الجلسات العلاجية.

ويعتبر التضخيم (Magnification) أحد الأخطاء الأساسية في التفكير إضافة للتصغير والاستنتاج الانتقائي أو الاعتباطي. وأيضاً التعميم والتفكير الحدي المتطرف سلبياً أو إيجابياً (Dichotomous Thinking) [مرجع رقم ٣٨]. فالمريض يضخم أخطاءه ويجعل للآخرين صفات قاسية شديدة وانتقادية ولا يرى فيهم التفهم والتشجيع والمساعدة. كما يرى نفسه ضعيفاً وناقصاً من خلال المبالغة في فهمه لنقاط ضعفه. ومن ناحية أخرى يقلل من نجاحاته وقدراته ويعتبر تصرفاته الجيدة وأعماله أنها

لا تستحق الثناء أو التقدير. كما أنه يلجأ إلى التعميم السريع في فهمه للآخرين أو لنفسه بعد فشله في أحد المواقف.

وتجري مناقشة الأحداث اليومية التي يمر فيها المريض ومعرفة تعليقاته السلبية عليها ومحاولة استبدال ذلك باحتمالات أخرى إيجابية كتفسير عقلاني للأحداث التي يمر بها.

ومن الافتراضات الأساسية الشائعة في تفكير المصابين بالخوف الاجتماعي والتي تحتاج إلى التعديل من خلال العلاج المعرفي والمناقشة أن الإنسان يجب أن يكون دفاعياً يتلقى نظرات الناس الهجومية والحادة ويحاول أن يحمي نفسه ويسترها. وهذا التشبيه يعني أن الاحتكاك مع الناس هو نوع من الحرب والصراع. والمريض يأخذ دائماً مواقع الدفاع دون التفكير بالهجوم وإثبات شخصيته ورغباتها وحقوقها. ولذلك فهو يستسلم بسهولة ويهرب أمام قوة الخصم. ويعتقد أنه سيكون الخاسر ولا يمكن له أن يغلب في إحدى المناقشات أو الزيارات التي يجتمع فيها مع عدد من الأشخاص مثلاً. وهو يفضل الصمت أو الهروب على المواجهة وعلى إمكانية تعرضه للإحباط أو الخسارة.

ويمكن للعلاج المعرفي أيضاً من خلال تعديل أفكار المريض حول الخطر الذي يراه في المواقف الاجتماعية أن يكون له دور إيجابي. وقد بينت الدراسات المعرفية [مرجع رقم ٣٨] لعلاج حالات القلق الحاد والخوف من أماكن السوق أن المريض يزداد قلقه عندما يحس ببداية الأعراض الجسمية

للقلق مثل نبضات القلب أو التنفس السريع السطحي وتلعب هذه الإشارات الجسمية دور المثير النفسي للمزيد من القلق من خلال التفكير الخاطىء للمريض نفسه. حيث يعتبر أن ذلك إشارة خطر تتطلب الاستجابة. ويمكن تعديل فكرة المريض هذه واعتبار أن الأعراض الجسمية التي يحسها مؤقتة وعابرة وأنها مفهومة تماماً من الناحية الفيزيولوجية. وهذا ما يجعله أكثر تحملاً وتقبلاً لبعض أعراض القلق الجسمية مما يؤدي بدوره إلى هبوط درجات القلق وعدم زيادتها.

وأيضاً يمكن تعديل أفكار المريض حول الأمور التي يعتبرها المريض نوعاً من الخطر مثل تفسيره لنظرة شخص معين في إحدى المناسبات وانتباه الناس المسلط عليه وتعليق من شخص آخر. حيث يصبح أكثر تقبلاً لمثل هذه المثيرات ويمكنه أن يفسرها بطريقة عادية لا تشكل خطراً على كيانه وشخصيته وبالتالي لا تستدعي القلق والتوتر الشديدين.

■ ويعتمد التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية (Social Skills) على ملاحظة سلوك الآخرين من الجريئين وممن لديهم قدرات اجتماعية ممتازة والتعلم منهم لأساليب جديدة في التصرف والحديث والتعبير عن النفس. وتطبيق ذلك في الحياة العملية. ويلعب العلاج الجماعي دوراً في تسهيل هذه التدريبات.

كما يطلب من المريض أن يوسع من معرفته واطلاعه الثقافي وأن يهتم باللغة ومفرداتها المتنوعة (تثقيف اللسان). وأن

يحفظ بعض القصص القصيرة والنكات والأخبار الشيقة وغير ذلك والتدريب على التحدث فيها بشكل عملي أو بشكل تدريجي مع المسجل أو المرآة أو آلة تصوير الفيديو.

وتتضمن القدرات الاجتماعية عدداً من التصرفات والسلوكيات يمكن التدرب عليها بسهولة مثل تكرار النظر في العيون أثناء الحديث إلى شخص أو أكثر. وأيضاً النظر إلى وجه المتحدث والتعبير عن متابعة كلامه من خلال هز الرأس أو الالتفات إليه أو التعبير الصوتي (مثل هه.. هه.. نعم..).

والاعتماد على الأسئلة في المواقف الاجتماعية يعتبر أسلوباً ناجحاً وسهلاً يساعد المريض على كسر حاجز الصمت، ويمكن السؤال عن أبسط الأمور التي تخطر في البال. ويستجيب الآخرون عادة للأسئلة بمزيد من الاهتمام بالشخص نفسه كما أن ذلك يسهل فتح الحوار.. وأيضاً فإن ابتداء المحادثة والاستمرار فيها هو عنصر أساسي في تطوير القدرات الاجتماعية، ويجري التدرب عليه عادة من خلال جلسات العلاج الجماعي.

ويرتبط بالتدريب على تنمية القدرات والمهارات الاجتماعية التدريب على إثبات الشخصية أو تحقيق الشخصية (Assertive Training). والمقصود من ذلك التدريب إصرار الإنسان على حق من حقوقه والتعبير عن ذلك بواسطة الكلام أو الفعل الإيجابي. وكثيراً ما نجد في حالات الخوف الاجتماعي أن الإنسان لا يعبر عن رغباته وحاجاته وآرائه وأنه

لا يستطيع الدفاع عن حقوقه وهو يرضى بالغبن والإجحاف بحقه ولا يستطيع أن يرفض طلباً ما ولو على حسابه. وهناك تفسيرات عديدة لهذه الظاهرة. ومنها أن الإنسان يخاف من مشاعره السلبية وشدتها وهو يقمع ويكبت هذه المشاعر ويظهر أمام الناس كشخص طيب طيع يفعل ما يطلب منه دون اعتراض أو تذمر لأن ذلك يثير فيه المشاعر السلبية الشديدة التي يخشى انفلاتها وعدم السيطرة عليها..

ويتم التدريب على إثبات الشخصية وتحقيقها من خلال تفهم أساليب قوة الشخصية وضعفها ومناقشتها، والتطبيق العملي بشكل فردي أو ضمن العلاج الجماعي من خلال التمرين على مختلف المواقف العملية التي تتطلب من الإنسان أن يتصرف بشكل أكثر قوة وجرأة مثل أن يعيد بضاعة فاسدة اشتراها إلى المحل التجاري أو مراجعة ورقة الحساب في المطعم أو غير ذلك.. [راجع الملحق رقم ٥].

■ إذا تحدثنا عن المشكلات التطبيقية لهذه الأساليب السابقة نجد أن بعض الباحثين قد اهتم بدراسة أسباب الفشل في علاج حالات الخوف الاجتماعي بواسطة الأساليب السلوكية. وفي إحدى الدراسات [مرجع رقم ٣٣] تبين أن حوالي ٢٥ ــ ٤٠ ٪ من الحالات التي عولجت بالطرق السلوكية يمكن اعتبارها فشلاً علاجياً. وذلك إما لانسحاب المريض من متابعة العلاج أو عدم تحسنه. وقد بينت تلك الدراسة أن عدداً من العوامل يساهم في فشل العلاج وهي أولاً: رغبة المريض

في العلاج والدوافع التي تدفعه لذلك. حيث أن بعض المرضى تـدفعهم ظـروف مؤقتـة أو فكـرة عـابـرة أو ضغط من الأهـل أو الأصدقاء لتلقي العلاج وهذا ما يجعل المـريض أقل انـدفاعـاً للمضي في طـريق التغير والتحسن. ويؤكـد ذلـك ضـرورة فهم المـريـض المـراجـع بصـورة أعمـق والتـأكـد مـن رغبتـه فـي التغير. (وفي بـلادنـا. . نجـد أن عـدداً من المـرضى يقعـون ضحية للنظرات السلبية المرتبطة بالتردد على العيادة النفسية مما يجعلهـم يكتفـون بـزيـارة واحـدة أو اثنتيـن. . ولا يتـابعـون العلاج).

والعامل الآخر هو طبيعـة العلاج نفسـه حيث يعتبر بعض المرضى أنه مؤلم ومـزعج لأنـه يتطلب المـواجهة ممـا يزيـد في درجة القلق. وهذا ما يؤكد ضرورة عدم الإسراع في تطبيق مبـدأ مواجهة الموقف المخيف وإعطاء المريض فرصة أكبر للتعبير عن نفسه ومن ثم شعوره بالارتياح في الجلسـة العلاجيـة إضافـة إلى البدء التدريجي في مواجهة المواقف.

والعـامل الثـالث الذي يسـاهم في فشل العـلاج هو شـدة القلق التي يحس بهـا المـريض في العـلاج الجمـاعي حيث يجتمع مع غيره من المرضى.

ويفيـد الانتبـاه إلى ذلـك وتحـويـل المـريض الى العـلاج الفردي لفترة مؤقتة إلى أن يستطيـع تحمل درجـة أكبر من القلق في العلاج الجماعي.

والعامل الأخير يتعلق بالظروف الشخصية والبيئية للمريض حيث أن بعض المرضى يتقدم في العلاج بشكل جيد ولكن نتيجة لبعض التجارب الصادمة التي يتعرض لها في محيطه تجعل إمكانية تحسنه ضعيفة ويخسر ما تعلمه في العلاج. وعليه أن يعود من جديد وبعزيمة أكبر للمضي في العلاج والمواجهة مرة أخرى. ويؤدي تدارك هذه العوامل بالقدر الممكن إلى انخفاض نسبة الفشل العلاجي بشكل كبير [مرجع رقم ٣٣].

وبالنسبة للعلاج المعرفي، يعتقد البعض أن استعمال هذا الأسلوب وحده غير كافٍ وأنه يلائم فئة معينة من المرضى الذين يهتمون بالمناقشة العقلية والفكرية ويستطيعون النظر في تفكيرهم واكتشاف أفكار أخرى إيجابية. كما أن هذا الأسلوب يهمل الأمور الانفعالية والعاطفية والتجارب المؤلمة في حياة المرضى والتي تساهم في نشوء أفكار المريض المشوهة عن نفسه وعن الآخرين، وأنه لا بد من العلاج النفسي الذي يتطرق إلى هذه الانفعالات والحديث عنها وتغييرها من خلال العلاقة العلاجية التصحيحية مع الطبيب.

ويعتقد المتشددون من المهتمين بالعلاج النفسي التحليلي وغيره من المدارس النفسية التي تركز على أهمية الصراعات الداخلية للإنسان وعقده أن نجاح الأساليب السلوكية في مواجهة الموقف المخيف ما هي إلاّ ردود فعل سطحية مؤقتة ولا يمكن أن يستمر التحسن طويلاً لأن البنية النفسية الداخلية للإنسان لم تتغير ولم يجرِ مناقشة العقد الشخصية وحلّها.

□ العلاج النفسي التحليلي والديناميكي :

(Analytic and Dynamic Psychotherapy) :

يعتمد هذا العلاج على التفاعل بين المريض والشخص المعالج من خلال الحوار وتحدث المريض عن نفسه وانفعالاته وحياته الذاتية، ويشترك مرضى الخوف الاجتماعي في بعض العقد النفسية والصعوبات الداخلية والأساليب الدفاعية. مثل صعوبة التعامل مع مشاعر الغضب وما يتعلق بها من النزعات العدوانية. وأيضاً عقد التنافس والذنب إضافة إلى عقد النقص والعقد المرتبطة بالاستقلالية والاعتمادية.

وتدل دراسة عدد من الحالات العيادية أن تعديل البنية النفسية الداخلية من خلال تبصر الإنسان بذاته وأساليبه المتكررة والتي ترتبط بانفعالات شديدة وآلام مكبوتة والتعبير عنها ومناقشتها في جو علاجي يتصف بالأمان والتقبل والتفهم له دور كبير في التخلص من الأحمال الثقيلة التي ترهق الإنسان وتجعله أكثر قدرة على ضبط النفس والتعامل مع انفعالاته والآخرين بشكل أكثر تكيفاً وأكثر واقعية. وتحرر طاقاته المستهلكة بأساليب الدفاع عن الذكريات والرغبات المؤلمة ليصبح قادراً على توظيف هذه الطاقات في مجالات أخرى بناءة وإيجابية. وهكذا تزداد ثقة الإنسان بنفسه ويتفهم خوفه ومشاعره المرتبطة بتكوينه الداخلي وعلاقتها بخوفه من المواقف الاجتماعية المتعددة. ويتحسن سلوكه الاجتماعي وقدرته على التعامل مع الآخرين ولا سيما إذا ترافق العلاج بالتأكيد على دخول المواقف

التي يخاف الإنسان منها ومواجهتها بدلاً عن الهروب.

وبشكل عملي فإن كثيراً من مرضى الخوف الاجتماعي تبدو تصرفاتهم التي تتصف بالخوف والارتباك والخجل في المواقف الاجتماعية وكأنهم قد ارتكبوا ذنباً ما أو اجترحوا خطايا كثيرة.. حيث أن الإنسان العادي عندما يكذب أو يقترف ذنباً ما فإنه سوف يرتبك ويخاف عندما يواجه الآخرين. وهذا طبيعي ومفهوم بسبب الشعور بالذنب والعار لما ارتكبه الإنسان من الخطايا ونتيجة لتأنيب الضمير.

وأما في حالات الخوف الاجتماعي فإنه في كثير من الحالات لا يوجد ما يدل على ارتكاب ذنوب أو أخطاء واضحة.. ومع ذلك فإن سلوك المريض المتكرر يدل على ذلك. وهنا يأتي دور العقد النفسية والصراعات اللاشعورية المرتبطة بذكريات الطفولة وعلاقة الإنسان مع أمه وأبيه وإخوانه وغيرهم ممن له أهمية خاصة من الناحية المعنوية والحياتية في تاريخه الشخصي. فالتنافس مثلاً مع أحد الأخوة ومحاولة سبقه في أي من المجالات تترافق بمشاعر سلبية تجاهه وفي نفس الوقت هناك المشاعر الإيجابية ومشاعر الحب والإخاء التي تتصارع مع المشاعر السلبية وتشكل نوعاً من التوتر والحساسية الخاصة. وقد ينجح الإنسان في التفوق على أخيه أو أن هذه الرغبة في التفوق وهزيمة الطرف الآخر لا تتحقق أو أنها تتحقق جزئياً ولكن تبقى الصور الذهنية والانفعالات المتصارعة المتعاكسة ويحملها الإنسان لفترة طويلة بشكل عقدة نفسية

يمكن تسميتها بالتنافس ـ الشعور بالذنب. وعند لقاء الإنسان بأشخاص آخرين يمكن لهذه المشاعر المتناقضة أن تثار من خلال التشابه بين عناصر الموقف الاجتماعي والأشخاص الموجدين أو أحدهم وبين العناصر المكونة لهذه العقدة في تكوينه الشخصي. وتكون النتيجة مزيداً من التوتر والقلق وسلسلةً من الانفعالات المزعجة والخطرة وأساليب خاصة للدفاع عنها مثل إنكار بعضها أو تحويلها إلى الآخرين وغير ذلك. وهذا القلق الذي يعيشه الإنسان في إحدى المناسبات يتكرر فيما بعد كنوع من العادة ويثبت بسبب عوامل أخرى تتعلق بتصرفات الأشخاص المحيطين والإنسان نفسه.

وهذا بالطبع شرح مبسط لعمليات متعددة ومعقدة. والدراسات العلمية حول علاج الخوف الاجتماعي بهذه الأساليب التحليلية الدينامكية غير متوفرة وتقييم أهميتها العلاجية يعتمد بشكل أساسي على دراسة بعض الحالات الفردية بشكل مطول. وأيضاً فإن العقد الداخلية والصراعات التي ذكرت سابقاً لا تقتصر على حالات الخوف الاجتماعي بل يشترك فيها كثير ممن يعانون من حالات القلق أو المخاوف الأخرى وغير ذلك من الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية.

والحقيقة أن هناك صعوبات كثيرة في التقييم العلمي لأساليب العلاج النفسي التحليلي والديناميكي وهناك بعض الدراسات العامة ولكنها قليلة وصعبة التنفيذ نظراً لطبيعة أسلوب العلاج نفسه الذي يعتمد بشكل كبير على العلاقة بين المعالج

والمريض. وصعوبة تكرار أسلوب معين من قبل عدد من المعالجين نظراً لاختلاف شخصيتهم وردود أفعالهم تجاه المريض نفسه.

وقد شهدت السنوات الأخيرة بعض التطورات من خلال ما يسمى العلاج النفسي المختصر (Brief PsychoTherapy) أو العلاج النفسي ذو المحور المحدد (Focal PsycoTherapy). [مرجع رقم ١٥ ـ ٢٨ ـ ٢٩ ـ ٤٢] وهو لا يستغرق وقتاً طويلاً ويحتاج حوالي ١٠ ـ ٣٠ جلسة يتم من خلالها التركيز على محور أساسي في تركيبة الإنسان النفسية وعقده.

□ العلاج النفسي الانتقائي أو المتكامل: (Eclectic PsychoTherapy):

يعتمد العلاج النفسي المتكامل أو الانتقائي على مجموعة من الأساليب العلاجية المتنوعة. وتطبق هذه الأساليب بشكل مرن وانتقائي وفقاً لحالة المريض وخبرة الطبيب المعالج وتدريبه. حيث أن الهدف الأساسي هو البحث عن الأسلوب أو الأساليب المناسبة للمريض [مرجع رقم ١٣ ـ ٤٣]. وتتضمن هذه الأساليب العلاج الدوائي والعلاج السلوكي والمعرفي والتدريب على تنمية المهارات الاجتماعية إضافة للعلاج النفسي التحليلي وقد تقدم الحديث عن هذه الأساليب..

وأما الأساليب العلاجية النفسية المستعملة الأخرى فهي تضم العلاج النفسي الداعم (Supportive PsychoTherapy).

ويقوم على التشجيع والتطمين والدعم النفسي للمريض وتقديم النصائح العملية.

وأيضاً أساليب الإيحاء التي تقوم على عدد من الطرق التي تهدف إلى زيادة ثقة المريض بنفسه وتقوية عزيمته وإرادته وجرأته على الإقدام وعدم التردد وضبط النفس وتبسيط إمكانية مواجهة المواقف الاجتماعية من خلال عبارات وكلمات إيجابية يرددها المعالج أو المريض نفسه. ويمكن تشبيه مواجهة الموقف الاجتماعي الصعب بأنه معركة تحتاج إلى معنويات عالية.. والمحارب الناجح يقلل من المخاطر المحتملة ويظهر قوته على الهجوم والدفاع كما يجب عليه أن يدرب نفسه جيداً ويضع الانتصار نصب عينه وهو يقول: «إنني قوي مسيطر على نفسي وسوف أنتصر وأغلب وأتصرف تصرف الأقوياء». ويعتبر التنويم الإيحائي (Hypnotherapy) أحد أساليب الإيحاء ويمكن للمريض نفسه أن يتدرب على ذلك ويوحي لنفسه أنه قوي وقادر على ضبط النفس ومواجهة المواقف الصعبة.

وأيضاً أساليب الاسترخاء المتعددة وهي تصنف ضمن الأساليب السلوكية ولكن تنوعها وانتشارها وتعدد أشكالها يجعلها تعتبر أساليباً مستقلة. وهي تقوم على مجموعة من التمارين التي تهدف إلى استرخاء عضلات الجسم وإزالة التوتر وراحة النفس وتعتمد معظمها على التنفس الهادىء والعميق إضافة إلى شد وارتخاء المجموعات العضلية في الجسم. وهناك بعض الأجهزة الحديثة التي تعكس وظائف الجسم المتعددة مثل درجة الشد

والتوتر العضلي في عضلات الرأس أو الظهر أو الكتفين وأيضاً درجة الحرارة المحيطية في أصابع اليدين والقدمين حيث تزداد برودة اليدين في حالات التوتر والقلق. وغير ذلك من الوظائف مثل دقات القلب والضغط الدموي والتعرق. وهذه الوظائف مرتبطة بالقلق ومظاهره. والتمرين على الاسترخاء بواسطة هذه الأجهزة التي تسمى «الأجهزة العاكسة للوظائف الحيوية» (البيوفيدباك) (Biofeedback Instruments) أو بدونها، يعطي الإنسان قدرة على التحكم بنفسه ومساعدة نفسه بنفسه للتغلب على القلق والتوتر.

كما أن هناك أجهزة أخرى تساعد على الاسترخاء بواسطة نبضات كهربائية توجه إلى مقدمة الرأس وأجهزة أخرى تعتمد مبادىء الطب الصيني في العلاج وغير ذلك من أساليب التدليك (والمساج) والأجهزة السمعية والبصرية.

وفي عالمنا الإسلامي لا بد من التأكيد على أهمية العبادات والالتزام بها، ويقول الله تعالى: ﴿ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ ٱللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ ٱللَّهِ تَطْمَئِنُّ ٱلْقُلُوبُ﴾ [سورة الرعد آية ٢٨].

﴿وَٱسْتَعِينُوا۟ بِٱلصَّبْرِ وَٱلصَّلَوٰةِ ۚ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى ٱلْخَـٰشِعِينَ﴾

[سورة البقرة: آية ٤٥].

والصلاة والذكر والدعاء وقراءة القرآن لها آثار عظيمة من الناحية النفسية والروحية في الإنسان. وهي تشكل مصدراً أساسياً للثقة بالنفس وتقوية الإرادة والعزيمة إضافة إلى إزالة

التوتر والقلق والتخفيف من الشعور بالذنب واليأس والقنوط. [مرجع رقم ٨ ـ ٩].

وبشكل عملي يمكن مثلاً تكرار دعاء سيدنا موسى عليه السلام ربه قبل ذهابه لمقابلة فرعون ﴿ رَبِّ ٱشۡرَحۡ لِي صَدۡرِي ﴿٢٥﴾ وَيَسِّرۡ لِيٓ أَمۡرِي ﴿٢٦﴾ وَٱحۡلُلۡ عُقۡدَةٗ مِّن لِّسَانِي ﴿٢٧﴾ يَفۡقَهُواْ قَوۡلِي ﴿٢٨﴾ ﴾ [سورة طه آية ٢٥ ـ ٢٨].

وذلك قبل مواجهة الموقف الاجتماعي المخيف أو أثناءه. كما أن هناك تطبيقات أخرى عديدة ومتنوعة للأساليب الدينية.

وهناك عدد من الأساليب العلاجية الشائعة والمعروفة عند عامة الناس مثل الحمام الدافيء أو البارد، والتمارين الرياضية وتناول الفواكه والخضار وأنواع من المشروبات والأعشاب والاستجمام في إجازة قصيرة وتغيير العمل أو المسكن وغير ذلك.. ومن أكثر هذه الطرق الشائعة فعالية تغيير الانتباه من موضوع الخوف والتصورات الخطيرة إلى مواضيع أخرى مألوفة. وذلك بواسطة الحوار الداخلي والكلام مع الذات (Self Talk) في مواقف الخوف الاجتماعية أو أثناء الذهاب إليها بدلاً من الاستغراق في التصورات المقلقة مثل: «ماذا سيقول عني الناس، ويمكن أن أتصرف بشكل خاطىء، أو أنه يبدو علي التوتر والارتباك» ولا سيما إذا ترافق ذلك مع أساليب العلاج الأخرى.

ويمكن للإنسان أن يفكر بما يراه في الطريق من شوارع

وأبنية وأشجار يتأمل فيها أو يتذكر نكتة مضحكة أو يركز جزءاً من انتباهه أثناء اجتماع معين في بعض الأمور الموجودة في المكان . . وأن يلهي نفسه بحلقة المفاتيح أو القلم الذي يحمله أو أن يشم عطراً أو يمص قطعة من الحلوى وغير ذلك مما يمكن تسميته بالأدوات المساعدة على الإطمئنان. حيث يساهم ذلك في تغيير ردود الفعل القلقة أثناء التعرض للموقف المخيف من خلال إثارة ردود فعل الإطمئنان والسيطرة على النفس. [مرجع رقم ١٩ ـ ٤٥ ـ ٤٦].

وتعتمد أساليب العلاج المتكامل على استعمال أكثر من أسلوب علاجي واحد في نفس الوقت. حيث يمكن أن يبدأ العلاج بشرح الأساليب السلوكية والإيحاء الذاتي والاسترخاء وبعد عدد من الجلسات العلاجية يمكن استعمال بعض الأساليب التحليلية ولا سيما إذا كان التقدم والتحسن بطيئاً أو كان العلاج فاشلاً فيما سبق. حيث يحدث في عدد من الحالات نوع من المشاعر السلبية وعدم التعاون في إجراء الوظائف المنزلية والتمارين المطلوبة وهذا ما يسمى بالتحويل السلبي (Negative Transferance) وهو يعني نقل المشاعر الداخلية السلبية التي نتجت عن عقد المريض وذكرياته المؤلمة السابقة إلى شخصية المعالج والعلاج نفسه . . ولا بد من التنبه إلى هذه الظاهرة النفسية وتفهمها ومناقشتها مع المريض نفسه مما يضمن الاستمرار في التحسن وعدم انقطاع العلاج بشكل مبكر.

ويمكن أيضاً استعمال الأدوية جنباً إلى جنب مع العلاج السلوكي وقد بينت بعض الدراسات أن ذلك يعطي مزيداً من التحسن ولا سيما إذا كانت درجة القلق شديدة عند المريض وهو يشعر أنه لا يستطيع أن يبدأ برنامج مواجهة المواقف الاجتماعية. وبعض المتشددين من المدرسة السلوكية يعتبر أن الأدوية المهدئة تخفف من تعلم المريض من المواجهة. ويبدو أن ذلك له ما يؤيده من الناحية النظرية. ولكن بعض الدراسات أوضحت أن ذلك لا ينطبق على جميع الحالات وأنه من الأفضل في عديد من الحالات استعمال دواء مهدىء ولا سيما في موعد المواجهة. ولا تزال هذه النقطة موضع جدل ودراسة ولا يوجد رأي قاطع في الوقت الحاضر [مرجع رقم ٤١].

ويمكن تطبيق بعض مبادىء العلاج الأسري في عدد من الحالات إضافة للأساليب العلاجية الأخرى حيث يشجع أفراد الأسرة المريض على التقدم في أساليب المواجهة. كما أن تفهم الزوج أو الزوجة لحالة شريكه وسلوكه يساعده في أن يمد يد العون والمشاركة لتجاوز حالة الخوف مما يعود على الجميع بمكاسب كثيرة واقعية وصحية بدلاً عن بعض المكاسب المعنوية السطحية والمنحرفة التي يجنيها أحد الطرفين من خلال بقاء شريكه خائفاً أو مضطرباً أو مريضاً.

ويمكن الاعتماد على بعض الأساليب التثقيفية (Reeducational Approach) في معالجة بعض حالات الخوف الاجتماعي. ويكون ذلك بتقديم شرح علمي وطبي مبسط

لأعراض القلق وكيفية حدوثها وعلاقتها بتفكير الإنسان. وأن هذه الأعراض تزداد شدة وتثبت من خلال فكرة الإنسان عنها وكيفية قراءته لها. . إضافة لسلوكه القلق ومحاولته تجنب ظهور هذه الأعراض. فالقلق ظاهرة طبيعية ويمكن للإنسان أن يفهمها ويتقبل بعض أعراضها بتفكير إيجابي علمي دون المبالغة الشديدة والشعور بالخطر الذي لا يحتمل. وهذا بدوره يؤدي إلى انخفاض درجة القلق والتوتر ويجعل الموقف الاجتماعي الذي أثار هذه الأعراض أقل خطراً وتوتراً.

والتطبيق الآخر الذي يعتمد على زيادة الوعي الطبي والنفسي وتصحيح بعض المعلومات الخاطئة في ذهن المريض يتعلق بصورة الإنسان عن نفسه من الناحية الجنسية. حيث تنتشر كثير من الأوهام والمعلومات الخاطئة في تفكير بعض المرضى ممن يعانون من حالة الخوف الاجتماعي. وبعضهم يعتقد أنه ربما كان شاذاً جنسياً أو أن رجولته ناقصة (أو نقص الأنوثة في حالات الإناث) وغير ذلك من التصورات التي تساهم في إضعاف الثقة بالنفس وزيادة القلق والارتباك في المواقف الاجتماعية.

وتصحيح مثل هذه التصورات الخاطئة من خلال المناقشة وتقديم الشرح الطبي المبسط له فائدة كبيرة. .

ويمكن الاستفادة من طرق معالجة اضطرابات الكلام والنطق في العلاج النفسي التكاملي لحالات الخوف الاجتماعي. ومنها إظهار الحروف بشكل أوضح يشبه التجويد. حيث يتم

تحريك الفك السفلي أكثر وأيضاً الشفاه وعضلات الفم إضافة إلى أخذ النفس قبل البدء في الكلام من الأنف والتمرين على زيادة سعة الصدر وكمية الهواء الموجودة في الرئتين. وأيضاً التدريب على الوقوف قليلاً عند نهاية الكلمة وأخذ النفس والإبطاء العام في سرعة الكلام وتغير نبرة الصوت وطبقته بشكل تجريبي [راجع الملحق رقم ٦]. وهذه التمارين يمكن أداؤها بشكل فردي أو جماعي وهي تضيف إلى قدرات المريض اللفظية والكلامية وتزيد في ثقته بنفسه.

ويعتمد فن الخطابة والتمثيل على عدد من التمارين السابقة إضافة إلى استعمال بعض الكلمات المؤثرة والافتتاحية المثيرة والخاتمة الواضحة القصيرة والجذابة. ويرافق ذلك الحركات التعبيرية في اليدين والوجه ونبرة الصوت. وهذا يحتاج إلى التدريب وزيادة الثقافة العامة وحفظ الأحاديث الاجتماعية المفيدة. وكل ذلك يفيد في زيادة القدرات الشخصية والاجتماعية للمريض ويجعله أكثر قدرة على مواجهة خوفه من المواقف الاجتماعية ومن الحديث مع الآخرين.

وهكذا نجد أن تطبيق عدد من الأساليب العلاجية معاً وبشكل مرن يفتح للمريض إمكانية التعبير عن ذاته ويجعله يشارك في العملية العلاجية بعقله وانفعالاته وجهوده [مرجع رقم ١٠]. كما يفتح المجال أمام المزيد من التعديلات والابتكار في خطة العلاج بشكل يتوافق مع المريض وحاجاته وسرعته الخاصة في التعلم والتغير.

وأيضاً يضمن ذلك الاستفادة من فوائد ونجاحات عدد من الطرق العلاجية المعروفة مما يؤدي إلى زيادة التحسن واستمراريته .

وقد يبدو للبعض أن هذه الأساليب متنوعة ومختلفة فيما بينها . . والحقيقة أن مجال العلاج النفسي مجال واسع وضخم وتتنوع المدارس العلاجية وتسمياتها وربما يصل عددها إلى أكثر من مئة مدرسة . وهذا يعكس تعقيد الإنسان نفسه وإمكانية النظر إلى مشكلاته من زوايا متعددة . .

وهناك العديد من المحاولات التي تحاول التقريب بين المدارس العلاجية الأساسية كالمدرسة السلوكية والمعرفية والتحليل النفسي . وقد ظهرت بعض النتائج الإيجابية في هذا المجال وأهمها اعتبار أن تكرار البحث في عقدة معينة وما يتصل بها من دفاعات وانفعالات كما يجري في العلاج التحليلي هو نوع من المواجهة المتكررة للموضوع المرتبط بحساسية خاصة والذي يثير القلق والمشاعر الأخرى . وهذه المواجهة المتكررة تؤدي إلى انخفاض درجة القلق وإزالة الحساسية المرتبطة بالفكرة أو الموضوع والذي هو أساس العقدة والصراع . وطبعاً فإن أسلوب المواجهة هذا هو جوهر العلاج السلوكي ونظريته .

ومن الناحية الأخرى فإن العلاج الانتقائي يطبق حالياً على نطاق واسع لأنه يتناسب مع مجموعة أكبر من الحالات النفسية العيادية . كما أن العديد من المعالجين قد نبذوا التعصب لمدرسة معينة وأصبحوا أكثر انفتاحاً وتقبلاً للمدارس الأخرى من

خلال نجاحاتها العملية وتطور نظرياتها وأساليبها الذي شهدته السنوات الأخيرة [مرجع رقم ١٣ ـ ٣٦ ـ ٤٣].

وتختلف مدة العلاج التكاملي في حالات الخوف الاجتماعي وكثير من الحالات تحتاج من ٨ ـ ١٥ جلسة. ويفضل أن تكون الجلسات الأولى متقاربة. ويمكن أن يكون ذلك مرة واحدة كل اسبوع أو أكثر ويحدث عادة تقدم واضح خلال الأشهر الثلاثة من العلاج. ويطلب من المريض متابعة تدريباته والمراجعة مرة كل أسبوعين أو شهرياً لمدة ثلاثة أشهر اخرى.

ويمكن اعتبار العلاج دورة نفسية يتعلم من خلالها المريض أساليب للسيطرة على قلقه وخوفه إضافة إلى فهمه لمشكلاته وتغير نظرته إلى ذاته والآخرين.

ولا بد من الإشارة هنا إلى ضرورة تبسيط المشكلة وزرع التفاؤل والأمل في نفسية المريض، ويمكن اختصار البرنامج العلاجي وتوضيحه في أربعة نقاط وهي:

١ ـ أساليب لتخفيف القلق وأعراضه.
٢ ـ تنمية القدرات الاجتماعية وزيادة الثقة في النفس.
٣ ـ تغيير نظرة الإنسان السلبية عن نفسه وعن الآخرين.
٤ ـ مواجهة المواقف التي تسبب الخوف والقلق.

ويجب الانتباه إلى أن التبسيط المبالغ فيه في أساليب العلاج ربما يعطي نتائج سلبية ويشعر المريض بالمزيد من

الضعف والقصور لأنه كان يعاني منذ مدة وهو يحاول بجهوده الخاصة، إضافة إلى أنه في كثير من الأحيان كانت إحباطاته من الأشخاص الأقوياء وذوي النفوذ وغيرهم من كبار السن والأهل. مما يجعل المريض مهيئاً وحساساً لأسلوب الطبيب المعالج ولا سيما إذا بسط له المشكلة كثيراً أو طالبه بتدريبات كثيرة وشاقة.

وفيما يلي ملخصاً لمخطط البرنامج العلاجي التكاملي الذي يطبق في عيادة الطب النفسي بجدة:

□ مخطط العلاج التكاملي للخوف الاجتماعي □

- □ الفحص الطبي النفسي/ الاختبارات والاستبيانات.
- □ شرح علمي للمشكلة/ الدعم النفسي والتشجيع (طريقة العلاج: ٨ ـ ١٥ جلسة أو أكثر) تبسيط علاج المشكلة: [طرق لتخفيف القلق ـ تنمية القدرات الاجتماعية ـ تعديل الأفكار الخاطئة عن الذات والآخرين ـ مواجهة المواقف المخيفة].
- □ استعمال المفكرة/ تسجيل وصف للمواقف المزعجة/ نسبة القلق/ الأفكار السلبية المصاحبة/ تسجيل الفوائد والوظائف/ المناقشة الأسبوعية الذاتية وفي العيادة/.
- □ طرق لتخفيف القلق/ الاسترخاء بأنواعه (١)، (٢)، (٤)/ التنفس/ أجهزة الاسترخاء/ الكلام الذاتي والإيحاء/ حلقة المفاتيح ـ الحلوى وغيرها../ الصلاة والذكر والاستغفار/.
- □ القدرات الاجتماعية/ سعة الاطلاع/ الاهتمام باللغة/ حفظ القصص والأحاديث الاجتماعية/ التعلم وملاحظة الآخرين/ إطالة الجمل الكلامية/ التعود على الأسئلة/ تكرار النظر في العيون/ وضعية الجسم وإظهار الاهتمام بالآخرين/ الحركات التعبيرية/ ابتداء المحادثة/ التعبير عن الانفعالات الشخصية/ تمارين اللفظ والكلام/ تحقيق الذات/ التمارين والتدريب: المسجل ـ الفيديو ـ المرآة ـ الواقع/.
- □ تعديل الأفكار والتوقعات الخاطئة/ التفكير الإيجابي والتفاؤل/ الأسلوب الدفاعي الخاطيء/ تقدير الذات الحقيقي/ الآخرون لا يريدون انتقادي والتقليل من شأني طوال الوقت/ أعراض القلق غير خطيرة وتزول تلقائياً مع المواجهة/ نظرات الناس وانتباههم في أمر عادي وطبيعي/.
- □ المواجهة والتعرض للمواقف/ تحديد الأهداف لمواجهة بعض المواقف بالتدريج/ تمثيل الدور/ التدريب والتمرين وإعادة التمرين/ الاستفادة من المواقف الاجتماعية/ التدريب في الخيال ـ العيادة ـ الواقع/.

- □ التشجيع من قبل الذات/ والآخرين ومناقشة دورهم/.
- □ العلاج الدوائي/ عند اللزوم/.
- □ العلاج الجماعي/ أربعة إلى ستة أشخاص لديهم نفس المشكلة/ التدريب ـ الاستفادة من الآخرين/ أسبوعياً/.

- □ الجلسات النفسية/ وتحليل بعض العقد عند اللزوم/ الغضب ـ التنافس ـ الشعور بالنقص ـ الشعور بالذنب والعار/ الاعتمادية ـ الاستقلالية/.

● إعداد الدكتور حسان المالح، ١٩٩٢.

□ عالج نفسك بنفسك . . .

فيما يلي عدد من الملاحظات والتمارين التي تساعد الإنسان على تجاوز حالة التوتر والقلق في المواقف الاجتماعية .

١ ـ إن قليلاً من التوتر في بعض المواقف أمر طبيعي . . لا تضخم المشكلة . . واعلم أن كثيراً من الناس يعانون مثلك . . وكلهم يحاول أن يشجع نفسه ويخفف من توتره بأساليب مختلفة ثم يواجه الحياة والمواقف المزعجة إلى أن يتعود على لقاء الناس والحديث معهم بشكل عادي وتَفَكَّر في المثل الذي يقول (إن أجرأ الناس على الأسد أكثرهم له رؤية) لذلك ثابر على مواجهتك للمواقف ولا تنسحب .

٢ ـ تعلم أحد أساليب تخفيف التوتر وداوم عليها . . واستعملها قبل الذهاب إلى موقف معين مزعج . . وأيضاً أثناء وجودك في هذا الموقف . مثلاً تعود على نفخ الهواء كاملاً خارج صدرك من الفم أو الأنف وستجد أن كمية كبيرة من الهواء قد دخلت صدرك تساعدك على الاسترخاء . . كرر ذلك عدة مرات . .

٣ ـ شجع نفسك بنفسك . . وردد عبارات قصيرة مثل إنني قوي وأعرف كيف أتحدث مع الناس . . إن لساني طبيعي جداً . . إن مظهري عادي تماماً ومقبول . . (رب اشرح لي صدري . ويسر لي أمري . واحلل عقدة من لساني . يفقهوا قولي) .

٤ ـ احفظ بعض القصص القصيرة والأحاديث الشيقة وتمرن عليها.. وعندما تكون مع الناس انتهز الفرصة وتحدث بما تعرف.

٥ ـ في المواقف الاجتماعية المحرجة تعود على أن تسأل عن أي شيء وابدأ بالأمور المحيطة بك.. إن ذلك أفضل من الصمت والتوتر.. واعلم أن أعظم المتحدثين كثيراً ما يستعمل ذلك الأسلوب وهو يفتح المجال للمزيد من الحوار والحديث.

٦ ـ لا تضخم عيوبك ونقاط ضعفك.. وتقبل بعض الأخطاء ولا يوجد إنسان كامل. إن في كل إنسان جانباً خيراً قوياً ويمكنك التواصل مع الآخرين والاستمتاع بذلك.. هناك من هو أحسن منك حتماً.. وهناك من هو أضعف منك حتماً..

٧ ـ لا تضخم قدراتك ونجاحاتك.. وإذا أخطأت في بعض الأمور البسيطة أو كان رأيك غير صحيح فإن ذلك لا يعني أن تدمر نفسك وتحطمها.. ولا يؤدي ذلك إلى خراب الدنيا.. صحح خطأك وكن جريئاً وحاول أن لا تكرره.. وتعود على المرونة والواقعية واحترام الرأي الآخر.

٨ ـ راجع تفكيرك حول نفسك وحول نظرة الناس وأهميتها.. كن متفائلاً.. كل الناس تنظر إلى الأشخاص عندما يقومون بعمل أو يتحدثون.. هذا طبيعي جداً تعود على ذلك.. إن الآخرين لا يريدون السخرية منك

أو انتقادك.. بعض الناس مزعجين.. تعلم أساليب ناضجة في الرد عليهم.. أو ابتعد عنهم في بعض الأحيان.. وتذكر المثل الذي يقول (إن رضا الناس غاية لا تدرك). إن بعض الناس يريدون تشجيعك ومساعدتك تعاون معهم.. كثير من الناس لا يريدون لك خيراً خاصاً أو شراً خاصاً، لذلك لا تضخم خطرهم عليك وتعامل معهم بشكل عادي. إذا كنت غير مذنب فلماذا الارتباك والتوتر.؟

٩ ـ تصور الموقف المزعج قبل حدوثه بفترة وركز على التفاصيل الدقيقة وأنت في حالة استرخاء وإن كان توترك شديداً فكر بأحد الأساليب المساعدة على خفض التوتر.. ويمكنك أن تتذكر نكتة مضحكة.. ثم تعاود تخيل الموقف وأن تتصرف بشكل عادي تماماً. استعمل خيالك وذكاءك لتحسن سلوكك في الموقف المتوقع حدوثه ويمكنك كتابة بعض الملاحظات وأعد ذلك الخيال مرات عديدة خلال عدد من الأيام.. إن هذا يجعلك قادراً على مواجهة الموقف بسهولة أكثر وينمي قدراتك الشخصية.

١٠ ـ يمكنك كتابة المواقف المزعجة وإعطاؤها درجة خاصة تقيس التوتر والقلق فيها.. اختر أقل المواقف توتراً وتمرن على مواجهتها مرات عديدة.. وعندما يصبح عادياً انتقل إلى الموقف الأصعب وهكذا.. استعمل

المفكـرة واكتب ملاحـظاتـك ومـا يمكن أن تفعله في المرات القادمة.

١١ ـ داوم على ما سبق.. وضع حـداً لخوفك وقلقك وابدأ بشكل جدي في التغيير بعزيمة كبيرة ﴿فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى ٱللَّهِ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلْمُتَوَكِّلِينَ ﴿١٥٩﴾﴾ [سورة آل عمران: آية ١٥٩].

واسأل من حولك من ذوي الخبرة.. أو الاختصاص عند اللزوم. وتأكد أن تجربة الخوف سوف تخف تدريجياً إلى أن تزول.. وأن بعض الانتكاسات قد تحدث ولكن لا تستسلم ولا تتخاذل وترجع إلى الوراء. وعاود الكرة من جديد إلى أن تصبح واثقاً من نفسك وقدراتها.. تذكر أن كل ما يزيد ثقتك بنفسك كالهوايات والقدرات يجعلك قوياً أمام الآخرين.

□ نصائح علاجية في حالات الأطفال:

فيما يلي بعض الملاحظات التي تفيد الأهل والمهتمين بأمور التربية في مساعدتهم للطفل الخجول المنكمش في المناسبات الاجتماعية:

١ ـ إن بعض التوتر والارتباك في المواقف الاجتماعية هو أمر طبيعي عند كثير من الأطفال.. لا تضخم المشكلة.. فالطفل يحتاج لبعض الوقت ليفهم ما يجري

حوله وبعض الأمور التي يعتبرها الكبار عادية تكون غير ذلك في عقل الطفل.

٢ ــ حاول تفهم مشاعر الطفل وأفكاره وقلقه إذا طالت فترة الخجل أو الانكماش التي يمر بها.. راجع درجة التوتر في المنزل أو المدرسة ودرجة الاهتمام والرعاية والتشجيع التي تقدم له. وحاول تعديل الأمور السلبية قدر الإمكان.

٣ ــ تجنب دائماً إطلاق التسميات والأوصاف غير المفيدة مثل: خجول ــ (خواف) (أرنب) ــ ضعيف.. وغير ذلك.

٤ ــ شجع مختلف الهوايات عند الطفل.. بما فيها الرياضة والفنون والقدرات اللفظية وغير ذلك.

٥ ــ تأكد من إعداد الفرص الملائمة للتمرين والتدريب على مواجهة المواقف الاجتماعية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار. ومشاركة الطفل في ذلك. واستعمل ما تعرفه من أساليب لتخفيف توتر الطفل خلال هذه المواجهة كالحلوى أو اللعب أو التشجيع اللفظي ويمكنك المشاركة في الموقف والبقاء مع الطفل فترة إلى أن يخف التوتر.

٦ ــ وفر للطفل مزيداً من فرص التدريب في المنزل

وغيره.. عشرة دقائق يومياً أو خمسة تطلب منه أن يتحدث عن موضوع ما أو أن يتلو قصة أو غيرها أمام الأهل أو غيرهم.. تقبل أداءه ولا تكثر من الملاحظات في المراحل الأولى من هذه التمارين.

٧ ــ تجنب عقاب الطفل وإهانته أمام الآخرين قدر الإمكان.

٨ ــ اترك للطفل بعض الحرية في اكتشاف ما حوله بنفسه وهو يتعلم من الخطأ والتجربة ومن الإرشادات.. تقبل بعض الأخطاء ولا تكن خيالياً تريد الكمال التام.

٩ ــ تذكر أن تكون عوناً للطفل وموجوداً حين الحاجة وأن يفهم الطفل ذلك عند مواجهته لموقف اجتماعي صعب.

١٠ ــ لا تبخل في تشجيع الطفل ومكافأته على سلوكه الاجتماعي الجيد، واجعل المكافآت مباشرة وغير بعيدة زمنياً.. لأن الطفل لا يفهم الزمن كما يفهمه الكبار.

١١ ــ لا تيأس في محاولاتك وابدأ بشكل جدي في التغيير واعزم على الاستمرار، واسأل من حولك من ذوي الخبرة أو الاختصاص عند اللزوم. وتأكد أن كثيراً من الحالات تتحسن مع تقدم العمر وزيادة التجارب الناجحة والثقة في النفس.

• • •

الفصل الحادي عشر

حول الوقاية

لا تزال الدراسات الوقائية في مجال الطب النفسي نادرة وصعبة التحقيق. وتهدف الوقاية من اضطراب معين إلى منع حدوثه أو تخفيف نسبة الحدوث وهذا هو المفهوم الشائع عن الوقاية. ويقابله في المصطلحات الطبية مفهوم الوقاية الأولية (Primary Prevention) ويضاف إلى ذلك مفهوم الوقاية الثانوية (Secondary Prevention) وهي تعني علاج الاضطراب أو المرض بعد حدوثه. وأيضاً هناك ما يسمى الوقاية الثالثية (Tertiary Prevention) وهي تعني منع حدوث مضاعفات المرض أو تحوله إلى حالة مزمنة والتخفيف من نتائجه من خلال إعادة التأهيل وكل ما يساعد على تحسين وضع المريض وأدائه المهني والاجتماعي والنفسي.

وتختلف الوقاية في مجال الطب النفسي عنها في المجال الطبي. وذلك لتشابك وتنوع العوامل المسببة وغموض

الأسباب في بعض الحالات الأخرى. وفي بعض الحالات النفسية الناتجة عن تناول أحد المخدرات أو مرض عضوي معين تكون الوقاية موضوعاً سهلاً وواضحاً وذلك من خلال معالجة السبب نفسه الذي سبب الحالة.

وهناك عدد من الملاحظات العامة التي تساعد على الوقاية من حالات الخوف الاجتماعي يمكن استنتاجها من خلال معرفة الأسباب العامة والعوامل المؤثرة في نشوء هذه الحالات. ويمكن الرجوع إلى الفصل التاسع ومناقشة هذه العوامل وإمكانية تعديلها أو التخفيف منها. ولا بد من الإيجاز هنا لأن (كثير الكلام ينسي بعضه بعضاً).. والتأكيد على عدد من النقاط العامة الأساسية:

□ **أولاً**: أهمية القيم الاجتماعية والأخلاقية التي تتعلق بكيفية تعامل الناس مع بعضهم البعض. ويقول الله تعالى في كتابه العزيز:

﴿ لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُونُوا۟ خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَآءٌ مِّن نِّسَآءٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ ﴾ [سورة الحجرات: آية ١١].

وأيضاً:

﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَٰكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَىٰ وَجَعَلْنَٰكُمْ شُعُوبًا وَقَبَآئِلَ لِتَعَارَفُوٓا۟ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ ٱللَّهِ أَتْقَىٰكُمْ ﴾ [سورة الحجرات: آية ١٣].

وفي الحديث الصحيح عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «بحسب امرىء من الشر أن يَحْقِرَ أخاه المسلم. كلُّ المسلم على المسلم حرام دمه وعرضه وماله. إن الله لا ينظر إلى أجسادكم ولا إلى صوركم وأعمالكم ولكن ينظر إلى قلوبكم». رواه البخاري ومسلم. [راجع المرجع رقم ٢، حول مختلف صيغ هذا الحديث ورواته].

وتمثل هذه القواعد العامة أسساً هامة في الأدب النفسي للمجتمع المسلم المثالي [مرجع رقم ٧]. وفي هذه القواعد العامة تهذيب للنفس وضمان لعلاقات اجتماعية سليمة تجعل الإنسان أكثر اطمئناناً وأمناً في علاقاته مع غيره.

□ ثانياً: أهمية التربية وعلاقة الطفل بوالديه وتنشئته نشأة حميدة تجعله واثقاً بنفسه يستطيع التعبير عنها بحرية ومسؤولية. ويعتمد ذلك على القدوة الحسنة وعلى رعاية الطفل رعاية مناسبة وتشجيع قدراته وإتاحة فرص التعبير أمامه. وفي الحديث الشريف عن أبي هريرة رضي الله عنه أنه قال: (كان رسول الله ﷺ ليدلع لسانه للحسن بن علي فيرى الصبي حمرة لسانه فيبهش إليه). (يبهش: يسرع). رواه أبو الشيخ ابن حيان [مرجع رقم ٣، المجلد الأول].

وفي ذلك مبدأ تربوي عظيم يقوم على الحب والتواضع والتلقائية والابتعاد عن الشكليات وعن توسيع الهوة بين الأجيال والمربين بشكل عام.

□ ثالثاً: الاهتمام بجيل الشباب في مرحلة المراهقة بشكل خاص وتفهم ما يجري فيها من تطور في شخصية المراهق وقدراته والتعرف على قلقه واندفاعاته وآرائه وصراعاته. وضرورة تشجيعه على اكتساب المهارات اللازمة التي تساعده على ضبط النفس وتقوية الإرادة والعزيمة إضافة إلى التحصيل العلمي والعملي المتوازن وتنمية الهوايات المتنوعة والقدرات الاجتماعية المتعددة.

□ رابعاً: الاهتمام بالأشخاص المؤهلين والمعرضين للانطواء والقلق الاجتماعي والشعور بالنقص. مثل المصابين بأمراض جسدية أو عاهات أو اضطرابات النطق أو الأشخاص الذين يختلف مظهرهم الجسدي أو أصلهم الاجتماعي عن أكثرية من حولهم. والتركيز على إعطائهم فرصاً أكبر في تحقيق شخصيتهم وتنمية قدراتهم الشخصية والاجتماعية.

□ خامساً: ضرورة التأكيد على مواجهة المواقف الاجتماعية بدلاً عن تجنبها أو الابتعاد عنها. وأيضاً الحث على التعبير عن النفس بدلاً من الانكماش والصمت. وفي الحديث الشريف عن ابن عمر رضي الله عنهما أن رسول الله ﷺ قال: «المؤمن الذي يخالط الناس ويصبر على أذاهم خير (أو أعظم أجراً) من الذي لا يخالط الناس ولا يصبر على أذاهم». أخرجه البخاري. [مرجع رقم ٣، المجلد الثاني].

وعن أبي سعيد الخُدري رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول: «من رأى منكم منكراً فليغيره بيده فإن

لم يستطع فبلسانه فإن لم يستطع فبقلبه وذلك أضعف الإيمان». رواه مسلم. [مرجع رقم ٢].

وهذه مبادىء اجتماعية أساسية في إصلاح المجتمع المسلم. وهي تساهم من الناحية العملية في التخفيف من شدة التوتر والقلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية من خلال الصبر وتكرار المواجهة والتعبير عن النفس. كما تساهم في العلاج وفي التخفيف من تطور حالات الخوف الاجتماعي ومضاعفاتها المزمنة وتعطيلها للإنسان ونشاطاته.

□ سادساً: التأكيد على أهمية الوعي الطبي والنفسي وتحسينه وذلك بمشاركة وسائل الإعلام المختلفة كالصحف والمجلات وغيرها من الأساليب التثقيفية. وأيضاً ضرورة توفر العلاج النفسي والخدمات النفسية المتطورة للجميع. وكل ذلك يساعد على ازدياد الصحة النفسية وتفهمها وعلاج الحالات المرضية بشكل مبكر إضافة إلى الحد من معاناة وآلام المصابين والأخذ بيدهم نحو التحسن والشفاء بإذن الله. [مرجع رقم ١٠].

• • •

الملحقات

ملحق رقم (1)

□ استبيان الخوف الاجتماعي □

يرجى قراءة العبارات التالية ووضع رقم في المكان المناسب لدرجة القلق وأيضاً رقم آخر في المكان المناسب لدرجة تجنب الموقف علماً بأن: / ٠ = لا يوجد/ ١ = درجة خفيفة/ ٢ = درجة متوسطة/ ٣ = درجة شديدة.

الموقف الاجتماعي	درجة القلق				درجة التجنب أو الهروب			
	لا ٠	خفيفة ١	متوسطة ٢	شديدة ٣	لا ٠	قليلة ١	متكررة ٢	كثيرة ٣
١ ـ التحدث أو أداء عمل أو إلقاء كلمة أمام الجمهور								
٢ ـ إلقاء تقرير على مجموعة من الناس.								
٣ ـ التحدث بصوت مسموع أثناء الاجتماع والمناقشة والأسئلة.								
٤ ـ الاشتراك في المناقشة أو التفاعل بشكل مجموعات من الناس.								
٥ ـ محاولة تنشيط شخص ما أو رفع معنوياته أمام الآخرين.								
٦ ـ الذهاب إلى الحفلات.								
٧ ـ إقامة الحفلات ودعوة الآخرين.								
٨ ـ أن تنادي شخصاً لا تعرفه جيداً أمام الآخرين								
٩ ـ أن تتحدث مع مسؤولين أو المدير.								
١٠ ـ أن تعبر عن معارضتك أو عدم توافقك في الرأي مع أشخاص لا تعرفهم جيداً.								
١١ ـ إعادة بضائع اشتريتها إلى المحل.								
١٢ ـ معارضة أو مقاومة بائع شديد الإلحاح.								
١٣ ـ أن تتناقش مع الخادم في المطعم حول الطعام أو الفاتورة.								
١٤ ـ أن تقوم بعمل ما وأنت تحت مراقبة الآخرين.								
١٥ ـ أن تكتب وأنت تحت مراقبة الآخرين.								

[illegible]								
١٧ – أن تشرب في الأماكن العامة/ حيث يشاهدك الآخرون.								
١٨ – أن تتبول في المراحيض العامة أو حمامات المساجد.								
١٩ – أن تكتب استمارة أو مشروعاً يخضع للفحص من قبل الآخرين فيما بعد.								
٢٠ – الحديث مع الجنس الآخر/ أن تتحدث مع فتاة لا تعرفها جيداً.								
٢١ – أن تكلم شخصاً تعرفه على الهاتف أمام الآخرين.								
٢٢ – أن تكون محط أنظار الآخرين ومركز اهتمامهم.								
٢٣ – أن ترنح شخصاً يقع على الأرض أو يكاد أن يقع أمام الآخرين.								
٢٤ – أن تصلي صلاة جهرية وأنت تؤم الآخرين.								
٢٥ – أن تصب القهوة للآخرين.								
٢٦ – أن تلتفت إلى ما حولك من السيارات الواقفة عند الإشارة الحمراء.								
٢٧ – أن تشرح لشخص زائر عن العمل أو البيت وتأخذه في جولة أمام الآخرين.								
٢٨ – في حال انتقاد الآخرين لك.								
٢٩ – التجول في الشارع/ في الأسواق التجارية.								
٣٠ – أن تكون مع أشخاص أكبر منك سناً.								
٣١ – الدخول إلى مكان مكتظ بالناس ينظرون إليك.								
٣٢ – التعارف مع أشخاص غرباء.								
٣٣ – البقاء مع أشخاص لا تعرفهم جيداً.								
٣٤ – أخذ المبادرة لاستمرار الحديث مع الآخرين.								
٣٥ – النظر في عيون الآخرين.								
٣٦ – وجود أشخاص واقفين أو جالسين قريباً جداً منك.								
٣٧ – الحديث عن نفسك ومشاعرك أمام الآخرين.								
٣٨ – مواقف أخرى:...								

• (إعداد الدكتور حسان المالح، ١٩٩٣).

ملحق رقم (٢)

☐ قائمة الأعراض الجسمية في الخوف الاجتماعي ☐

ضع إشارة على العبارة التي تنطبق عليك عند مواجهتك لموقف اجتماعي معين.

١ ــ زيادة دقات القلب/ الخفقان.
٢ ــ صعوبة التنفس.
٣ ــ الشعور بالحرارة/ البرودة.
٤ ــ زيادة التعرق.
٥ ــ احمرار الوجه.
٦ ــ ضعف عضلات الساقين.
٧ ــ الرجفة/ الرعشة. ارتجاف الساقين.
٨ ــ الشعور بالرغبة بالتغوط.
٩ ــ الشعور بانقباض أو شد المعدة.
١٠ ــ الشعور بالوخز مثل الدبابيس والإبر/ الخدر والتنميل.
١١ ــ ارتعاش في العضلات.
١٢ ــ صعوبة البلع/ تشنج البلعوم والشعور بأنه مسدود.
١٣ ــ الشعور بالرياح في البطن.
١٤ ــ توتر العضلات ــ شد العضلات.
١٥ ــ جفاف الحلق/ الفم.
١٦ ــ الشعور بالغثيان والإقياء.
١٧ ــ ألم في الصدر.
١٨ ــ الشعور بتغير الشخصية أو تغير الآخرين.
١٩ ــ دوخة/ الشعور بالإغماء/ عدم التوازن.
٢٠ ــ ضغط على الرأس/ صداع.
٢١ ــ الشعور بالرغبة بالتبول.
٢٢ ــ طنين في الأذنين.
٢٣ ــ الإغماء.
٢٤ ــ امتلاء المعدة.
٢٥ ــ غشاوة في النظر/ عدم وضوح النظر.

* (إعداد د. حسان المالح، ١٩٩٣).

ملحق رقم (٣)

□ قائمة المخاوف في الخوف الاجتماعي □

ضع إشارة على العبارة التي تنطبق عليك:

١ ـ الخوف الذي ينتابني بسبب التصرفات المضطربة التي أقوم بها والتي تؤدي إلى تصغيري والتقليل من أهميتي.

٢ ـ الخوف بشكل أساسي من أن يحدث تلعثم ويلاحظ الآخرون ذلك وأنني مرتبك وهذا لا يليق بي ويجرح كبريائي.

٣ ـ الخوف بشكل أساسي من أن يحدث لي رجفة ويلاحظ الآخرون ذلك وأنني مرتبك وهذا لا يليق بي ويجرح كبريائي.

٤ ـ الخوف بشكل أساسي من أن يحدث لي تعرق أو اصفرار في الوجه أو احمراره ويلاحظ الآخرون ذلك وأنني مرتبك وهذا لا يليق بي ويجرح كبريائي.

٥ ـ الخوف بشكل أساسي من ملاحظة الآخرين لمظهري: الثياب ـ الأنف ـ الشعر ـ لون البشرة ـ الطول ـ القصر ـ البدانة ـ النحافة ـ الأذنان ـ الصدر ـ وتعليقاتهم السلبية حول ذلك.

٦ ـ الخوف من أن أبدو مرتبكاً وأن يضحك الناس علي أو يتهامسون في ذلك.
٧ ـ الخوف من أن أبدو مرتبكاً وغير واثق من نفسي وأن ينتقدني الآخرون.
٨ ـ الخوف من أن أبدو مرتبكاً ويقول عني الناس أنني غير كفء أو ضعيف.
٩ ـ الخوف من أن يقول عني الناس أنني غير أخلاقي أو غير مهذب أو غير مرتب أو أن أحوالي المادية ضعيفة.

١٠ ـ الخوف من أن يقول عني الناس أنني غريب أو مريض نفسي أو مجنون.
١١ ـ الخوف من أن يقول عني الناس أنني بشع ومظهري أقل من الآخرين.
١٢ ـ الخوف من أن يقول عني الناس أنني شاذ جنسياً أو أن رجولتي ضعيفة.
١٣ ـ الخوف من أن أقول شيئاً خطأ أو غير مناسب أو يفسر بطريقة سلبية.
١٤ ـ مخاوف أخرى عند مواجهة الآخرين: ...

● (إعداد الدكتور حسان المالح، ١٩٩٣)

ملحق رقم (٤)

□ أمور أخرى مرافقة في حالات الخوف الاجتماعي □

ضع إشارة على العبارة التي تنطبق عليك:

١ ــ مراقبة النفس الزائدة.
٢ ــ الحساسية الزائدة للنقد.
٣ ــ الحساسية الزائدة والانتباه للأعراض الجسمية للقلق مثل دقة القلب والرجفة وغير ذلك.
٤ ــ أعراض القلق والخوف تظهر قبل حدوث الموقف الاجتماعي وعند التفكير فيه.
٥ ــ الشعور العام بالنقص وضعف تقدير الذات.
٦ ــ أعتقد أنني لا أستطيع أن يكون لي حياة اجتماعية طبيعية.
٧ ــ لست واثقاً من إمكانية التغيير وحل هذه المشكلة.
٨ ــ أعتقد أن الناس دائماً يريدون انتقادي والحط من مكانتي.
٩ ــ ظروفي الشخصية والاجتماعية لا توفر لي فرص التفاعل والاختلاط مع الناس.
١٠ ــ ليس لدي أصدقاء مقربون وربما شخص واحد فقط.
١١ ــ أتجنب النشاطات الاجتماعية والمهنية التي تتطلب الاحتكاك بالناس.
١٢ ــ أتشوق وأتطلع إلى أن أكون محبوباً ومقبولاً من الناس.
١٣ ــ لا يمكنني أن أقيم علاقة مع أحد إلا إذا كنت واثقاً من أنه سوف يقبلني تماماً.
١٤ ــ أسلوبي في الحياة مقيد ومحدد لأنني أفضل الخطوات المعروفة وأبحث عن الأمان والاطمئنان.
١٥ ــ أجد أن القيام بأي عمل يختلف عن عاداتي صعب جداً وأجد الخطر في عديد من الأمور والنشاطات والأعمال ولذلك أبتعد عنها ولا أحب المغامرة.
١٦ ــ الرغبة الشديدة في التفوق والظهور.
١٧ ــ الخوف من الإخفاق أو الخطأ وجرح الكبرياء.
١٨ ــ أمور أخرى: ...

* (إعداد الدكتور حسان المالح، ١٩٩٣).

ملحق رقم (٥)

□ ملاحظات حول تحقيق الشخصية وإثباتها/ قوة الشخصية وضعفها □

إن المقصود من تحقيق الشخصية أو إثباتها هو الإصرار على حق من حقوق الشخصية والتعبير عنه بواسطة الكلام أو الفعل الإيجابي. وهو يتضمن أن يقف الإنسان من أجل حقوقه دون أن يسيء إلى الآخرين. وأن يكون لبقاً ومهتماً بالآخرين وحقوقهم. ولكن ليس على حساب نفسه وانفعالاته وحقوقه مما يجعله يشعر بأهميته وقوته وقدره.
وهناك عدد من النقاط يمكن أن يتذكرها الإنسان ويحاول تطبيقها

١ — إن لي الحق أن أعبر عن حاجاتي واحتياجاتي الخاصة وأن أحدد الأولويات التي أراها مناسبة لي كإنسان وذلك بمعزل عن الأدوار والمهمات التي أتبناها في حياتي.
٢ — إن لي الحق بأن أعامل باحترام كإنسان عاقل وقادر وكفوء.
٣ — إن لي الحق في أن أعبر عن مشاعري وشعوري الخاص.
٤ — إن لي الحق أن أقول رأيي وأعبر عن القيم التي أؤمن بها حتى ولو كانت تختلف مع الآخرين.
٥ — إن لي الحق أن أقول لا أو أقول نعم. أي أن أوافق على شيء ما أو لا أوافق.
٦ — إن لي الحق أن أعمل أخطاء في مختلف المجالات فأنا إنسان وكل إنسان يخطيء.
٧ — إن لي الحق أن أغير رأيي إذا رأيت أن ذلك ضرورياً.
٨ — إن لي الحق أن أقول أنني لم أفهم هذا أو ذاك وذلك ليس عيباً.
٩ — إن لي الحق أن أسأل وأطلب ما أريده أنا.
١٠ — إن لي الحق في أن لا أتحمل أو أعتذر عن حمل مسؤولية غيري أو مشكلاتهم إذا أردت ذلك.
١١ — إن لي الحق في أن التعامل مع الناس والآخرين بدون أن أكون معتمداً فقط عليهم كي يستحسنوا ما أعمله.
١٢ — إن لي الحق أن أختار أن لا أحقق شخصيتي عندما أريد.
١٣ — كن سيد نفسك.
١٤ — لا تستجدي الثناء والإطراء والرأي الجامل.
١٥ — لا تتملق لتلاقي سماع النقد.
١٦ — لا تقسو على نفسك بتضخيم عيوبها والاستهانة بقدراتها ومواهبها.

● (إعداد الدكتور حسان المالح، ١٩٩٣).

ملحق رقم (٦)

□ ملاحظات حول طريقة الكلام/ واللفظ □

- □ تحريك الفك السفلي أكثر.
- □ تحريك الشفاه.
- □ إظهار الحروف بشكل أوضح/ مثل التجويد.
- □ الوقوف قليلاً عند نهاية الكلمة.
- □ الإبطاء العام في سرعة الكلام.
- □ أخذ النفس قبل البدء في الكلام.. أثناء الكلام.
- □ استعمال الحركات التعبيرية غير الكلامية كالوجه واليدين.
- □ تغير نبرة الصوت وطبقته بشكل تجريبي.
- □ التدريب على نطق الحروف الصعبة بشكل منفرد ومتكرر.
- □ استعمال الصوت العالي وتكرار كلمة أو جملة معينة/ الكلام أثناء الزفير لكلمة صعبة.
- □ استعمال المرآة والمسجلة والفيديو وتسجيل الملاحظات الشخصية ومناقشتها.
- □ تقوية عضلات الفم واللسان بواسطة بعض التمارين الخاصة/ المضغ ـ النفخ ـ البلع وغيره.
- □ تقوية عضلات الصدر والتنفس بواسطة التمارين الرياضية وتمارين التنفس.
- □ النظر والاستفادة من طريقة كلام الآخرين.
- □ التطبيق العملي والتجريب مع الآخرين.
- □ الاهتمام بوضعية الأسنان وعلاجها إن لزم الأمر.

• (إعداد الدكتور حسان المالح، ١٩٩٣)

الكلمات والمصطلحات الإنكليزية ومعانيها في العربية

- Adaptive:	ـ تكيفي، من التكيف والتأقلم
- Agoraphobia:	ـ الخوف من أماكن السوق والأماكن المفتوحة والساحات والخروج من المنزل وحيداً
- Analytic Psychotherapy:	ـ العلاج النفسي التحليلي والديناميكي الذي يعتمد على كشف أعماق النفس والعقد النفسية
- Anorexia:	ـ القَهَم العصبي أو العصابي، وهو من اضطرابات الطعام النفسية. وتتميز أساساً بالشعور بالبدانة واتباع حمية زائدة وتمارين رياضية لتخفيف الوزن مع أن الوزن منخفض أصلاً
- Antisocial Personality:	ـ الشخصية المضادة للمجتمع. وتتميز أساساً بالسلوك العدواني والإجرامي المتكرر منذ المراهقة
- Anxiety:	ـ القلق النفسي
- Assertive Training:	ـ التدريب على تحقيق الشخصية وقوتها
- Automatic Thoughts:	ـ الأفكار الفورية التلقائية (الأوتوماتيكية)

– **Autonomic Nervous System:**	ـ الجهاز العصبي الذاتي اللاإرادي
– **Avoident:**	ـ متجنب . متفادي . متهرب . جُنُبَة . من الاجتناب
– **Avoident Disorder:**	ـ الاضطراب الاجتنابي
– **Avoident Personality:**	ـ الشخصية الاجتنابية الهروبية القلقة
– **Behavioral:**	ـ سلوكي متعلق بالسلوك
– **Biofeedback Instruments:**	ـ الأجهزة العاكسة للوظائف الحيوية . التغذية الاسترجاعية الحيوية . الاسترخاء بواسطة هذه الأجهزة العاكسة وتعلم ضبط عدد من الوظائف الجسمية مثل حرارة اليدين أو درجة التوتر العضلي في اليدين أو الجبين أو درجة التعرق وغيرها من الوظائف
– **Blushing:**	ـ احمرار الوجه
– **Borderline Personality:**	ـ الشخصية الحدودية . وتتميز أساساً بميوعة الهوية والسلوك الاندفاعي والأنانية في العلاقات الاجتماعية إضافة إلى مشاعر الغضب والملل المزمنة
– **Short Term Psychotherapy:**	ـ العلاج النفسي قصير الأمد أو ذو الوقت المحدد
– **Bulimia:**	ـ النهام العصبي أو الشره . وهو اضطراب نفسي من اضطرابات الطعام ويتميز أساساً بنوبات من الأكل الكثير ثم الشعور بالذنب والتقيؤ الإرادي لتخفيف الوزن
– **Castration Complex:**	ـ عقدة الخصاء . من الخصية والخصي . الخوف من أن يصبح الإنسان ضعيفاً دون خصية بالمعنى المعنوي
– **Claustrophobia:**	ـ الخوف من الأماكن المغلقة أو الضيقة

- Cognitive School: — المدرسة المعرفية . مشتقة من المعرفة وطريقة إدراك الأمور

- Conditional Learning: — التعليم الشرطي . وهو يعني تعلم رد فعل معين من خلال ظهور مثير لرد الفعل هذا وارتباطه به زمنياً . وهذا المثير يصبح مرتبطاً بانفعالات خاصة وسلوكيات بعد تكرار الارتباط ومثاله : يتعلم الطفل أن ينزعج ويهرب إلى غرفته عندما يرن جرس المنزل لأن الجرس (المثير) قد ارتبط بقدوم زائر ما وأدى ذلك إلى عدم الاهتمام بالطفل أو إزعاجه

- Dependent Personality: — الشخصية الاعتمادية ، وتتميز بشكل أساسي بعدم القدرة على اتخاذ القرارات اليومية إلاّ بعد أخذ رأي الآخرين ومساعدتهم وموافقة الآخرين خوفاً من النبذ وعدم الاستقلال وعدم تقبل الوحدة والفراق . . والخوف من ذلك

- Depression: — الاكتئاب . الكآبة

- Desensitization: — إزالة الحساسية . التحصين . المواجهة التدريجية

- Developmental: — نمائي . تطوري . مرحلي

- Developmental Psychology: — علم نفس النمو

- Dichotomous Thinking: — التفكير الحدّي . (إما أبيض أو أسود ــ ناجح أو فاشل)

- Difficulty In Breathing: — صعوبة التنفس

- Dizziness: — دوخة . دُوام

- Dynamic: — ديناميكي . مفعال . نشط . مرتبط بأمور لها فعالية مستمرة أو ذات تغير مستمر

~ Eclectic:	ـ انتقائي، اصطفائي، تكاملي، شمولي، مؤلف من أحسن العناصر المستمدة من مصادر مختلفة
~ Eclectic Psychotherapy:	ـ العلاج النفسي الانتقائي
~ Emotional Expression:	ـ التعبير الانفعالي، التعبير عن الانفعالات المختلفة واستعمال الكلمات والأساليب المناسبة لذلك
~ Encouragment:	ـ التشجيع
~ Essential Tremor:	ـ الرجفة الأساسية
~ Etiological Diagnosis:	ـ التشخيص السببي، المرتبط بالأسباب
~ Exposure:	ـ المواجهة، التعرض
~ External Locus Of Control:	ـ المحور الخارجي للسيطرة، الأحداث سببها أمور خارج الذات
~ Extraversion:	ـ الانبساطية، الاتجاه خارج الذات في الاهتمامات والسلوك
~ Fear:	ـ الخوف العادي، وهو من الانفعالات الطبيعية التي تصف حالة القلق العام والترقب والتجنب وتوقع الخطر
~ Flooding:	ـ الغمر، المواجهة الكاملة للموقف
~ Focal Psychotherapy:	ـ العلاج النفسي المحوري، ذو محور معين
~ Generalized:	ـ متعمم، عام
~ Generalized Anxiety:	ـ القلق المتعمم، غير المحدد
~ Genetic:	ـ وراثي
~ Guilt Feeling:	ـ مشاعر الذنب
~ Guilt Delusion:	ـ هذيانات الذنب
~ Guilty Conscience:	ـ الضمير المذنب

- Histrionic Personality: — الشخصية شبه هستيرية . وتتميز أساساً بإثارة الانتباه والإغراء والمبالغة في التعبير الانفعالي وسطحية هذه الانفعالات وعدم تحمل الإحباط إضافةً إلى التفكير الانطباعي العام دون دقة أو تحديد

- House Bound: — الاحتباس في البيت . عدم الخروج من المنزل

- Homogenous Group: — مجموعة متجانسة

- Hypnotherapy: — العلاج بالتنويم الإيحائي

- Identification: — التماهي بالمحتذى . تَمَثُّل

- Introjection: — الاستبطان

- Introversion: — الانطوائية

- Labelling: — إطلاق التسميات . إلصاق النعوت والصفات

- Language And Speech Disorders: — اضطرابات النطق والكلام

- Learning Theory: — نظرية التعلم

- Low Self Esteem: — ضعف تقدير الذات . ضعف الثقة بالنفس

- Mitral Valve Prolapse: — قصور الصمام التاجي

- Muscle Tension: — التوتر العضلي

- Narcissistic Personality: — الشخصية النرجسية الأنانية ، وتتميز بشكل أساسي بحب الذات والتشوق المستمر لإعجاب الآخرين ومديحهم إضافة إلى تخيلات العظمة والنجاحات

- Nasal Polypes: — الزوائد الأنفية . السليلة الأنفية

- Nasal Deviation: — انحراف حاجز الأنف

~ **Negative Evaluation:** ـ التقويم السلبي

~ **Neurotic Disorders:** ـ الاضطرابات العصابية، وهي الاضطرابات النفسية الصغرى

~ **Obsessive Compulsive Personality:** ـ الشخصية الوسواسية القهرية وصفاتها، مثل: المثالية الزائدة والاهتمام بالتفاصيل الدقيقة والشكل على حساب المضمون، والترتيب والعناد وعدم المرونة والشح وغير ذلك

~ **Omission:** ـ حذف، إسقاط، إهمال

~ **Overanxieous Disorder:** ـ اضطراب القلق المفرط

~ **Overdiagnosis:** ـ استعمال تشخيص معين بشكل مفرط، الإفراط في تشخيص ما

~ **Pale Face:** ـ شحوب الوجه

~ **Palpitation:** ـ الخفقان، ازدياد نبضات القلب

~ **Panic Attack:** ـ نوبة الهلع، نوبة القلق الحاد

~ **Panic Disorder:** ـ اضطراب القلق الحاد النوبي

~ **Paradoxical:** ـ متناقض ظاهرياً، تناقضي، عكسي

~ **Paranoid Personality:** ـ الشخصية الزورية، وتتميز بشكل أساسي بالشك وعدم الثقة بالآخرين وتوقع الأذى منهم إضافة إلى عدم التسامح والرد العنيف على أية بادرة يفهمها الشخص على أنها جرح أو إيذاء له

~ **Pathological Triats:** ـ الصفات المرضية

~ **Passive Aggressive Personality:** ـ الشخصية السلبية العدوانية، وتتميز بشكل أساسي بالتأجيل والمماطلة والسلبية والعدوانية غير المباشرة

- Persecutory Delusions: — ضلالات الاضطهاد. ومنها ضلالات الملاحقة والمراقبة والإيذاء
- Perspiration: — التعرق
- Persuasion: — الحث والحض على أداء معين. الإقناع
- Physical And Sexual Abuse: — الإيذاء الجسمي والجنسي
- Phobia: — الخوف المرضي
- Primary Prevention: — الوقاية الأولية. منع حدوث المرض. وهناك الوقاية الثانوية والثالثة بالمعنى الطبي
- Projective Test-Rorschach: — اختبار إسقاطي. رورشاخ نسبة إلى الطبيب الذي ابتكره
- Prospective Studies: — الدراسات المستقبلية المتابعة
- Psychoanalysis: — التحليل النفسي
- Psychotic: — ذهاني. نفاسي. مرتبط بالاضطرابات العقلية الكبرى
- Questionnaire: — استبيان مجموعة من الأسئلة المكتوبة يجيب عليها المفحوص
- Reactive Anxiety Depression: — قلق اكتئابي ارتكاسي. قلق وأكتئاب يحدث نتيجة لسبب معين كرد فعل عليه أو استجابة له
- Reeducationnal: — تثقيفي. إعادة التثقيف. تعليمي
- Rejection Sensitivity: — الحساسية للرفض وعدم التقبل والنبذ
- Relaxation: — الاسترخاء
- Relaxation Therapy: — العلاج بواسطة الاسترخاء
- Retrospective Studies: — الدراسات الاسترجاعية. تعتمد على الاستفادة من الأحداث الماضية واستعراضها

- Reward: — المكافأة

- Rheumatic Fever: — الحمى الرثوية

- Role Play: — تمثيل دور معين . لعب دور معين

- Schizoid Personality: — الشخصية شبه الفصامية . وتتميز بشكل أساسي بالانطواء والوحدة وعدم الرغبة في تكوين العلاقات الاجتماعية والبرود الانفعالي

- Schizotypal Personality: — الشخصية ذات النمط الفصامي . وتتميز بشكل أساسي بغرابة التفكير والكلام والانفعالات وعدم الاهتمام بالمظهر إضافة إلى الانطوائية والعزلة

- Self Talk: — الكلام الذاتي . أن يحدث الإنسان نفسه داخلياً

- Semi Structured Interview: — مقابلة نصف منظمة . وتعني أن هناك أسئلة يجب إجابتها كما يترك للشخص حرية التعبير عن أمور أخرى عامة

- Separation Anxiety: — قلق الانفصال

- Septal-Hippocampl Region: — منطقة الحاجز وحصان البحر . في الدماغ

- Social: — اجتماعي

- Social Anxiety: — القلق الاجتماعي

- Social Introversion: — الانطواء الاجتماعي

- Social Phobia: — الخوف الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي (من الرهبة)

- Social Skills: — المهارات والقدرات الاجتماعية

- Somatic Anxiety: — أعراض القلق الجسمية . كالخفقان والتعرق والرجفة وغيرها

- Stuttering: — التأتأة . التمتمة

- Substitution: — الإبدال

– Supportive Psychotherapy:	– العلاج النفسي الداعم، المساند
– Syndrome:	– تناذر، وتعني مجموعة من الأعراض التي تظهر بشكل مشترك
– System Theory:	– نظرية المنظومة، نظام، وحدة منتظمة من العناصر تقوم على مبدأ التوازن واختلاله ثم تكوّن توازن جديد
– Temperament:	– المزاج
– Transferance, Negative:	– التحويل السلبي، النقلة السلبية للانفعالات والتصورات السلبية من داخل المريض إلى شخص الطبيب
– Tremor:	– الرجفة، الرعشة
– Underdiagnosis:	– استعمال تشخيص معين بشكل قليل

• • •



المراجع

١ ـ القرآن الكريم.

٢ ـ رياض الصالحين. تأليف الإمام النووي. دار الفكر. بيروت ١٩٨٩.

٣ ـ سلسلة الأحاديث الصحيحة وشيء من فقهها وفوائدها. تأليف محمد ناصر الدين الألباني. المكتب الإسلامي. بيروت ـ دمشق. الطبعة الرابعة ١٩٨٢.

٤ ـ المورد. قاموس إنكليزي عربي. منير البعلبكي. دار العلم للملايين ـ بيروت ١٩٨٢.

٥ ـ القاموس المحيط. الفيروزآبادي. مؤسسة الرسالة. بيروت ١٩٨٧.

٦ ـ المعجم الطبي الموحد. إنكليزي ـ عربي ـ فرنسي. لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية العربية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بشرق البحر المتوسط. مقرر اللجنة الدكتور محمد هيثم الخياط. طلاس للدراسات والترجمة والنشر. دمشق. الطبعة الرابعة ١٩٨٤.

٧ ـ قواعد الأدب النفسي في المجتمع المسلم ـ نظرات في سورة الحجرات . تأليف الدكتور كامل سلامة الدقس. مطبعة خالد الطرابيشي دمشق ـ دار الشروق. جدة ١٩٧٦ .

٨ ـ نحو علم نفس إسلامي . د. حسن الشرقاوي. الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٩٧٦ .

٩ ـ القرآن وعلم النفس. د. محمد عثمان نجاتي . الطبعة الثالثة. دار الشروق ١٩٨٧ .

١٠ ـ تطور الطب النفسي ونظرة الفرد والمجتمع . د. حسان المالح . النفس المطمئنة . مجلة الطب النفسي الإسلامي. العدد (٣٤) ١٩٩٣ .

11 — Aimes P.L., Gelder M.G., Show P.M.,: Social Phobia: A comparative Clinical Study. British Journal of Psychiatry. 1983 (68) 111-116.

12 — Butler G.,: Exposure as a Treatment for Social Phobia: Some Instructional Difficulties. Behaviour Research and Therapy 1985 (23) 651-657.

13 — Beutler L.E.: Eclectic Psychotherapy, a systematic approach. pergamon press Inc. 1983.

14 — Chaleby K., Social Phobia in Saudis. Social Psychiatry. 1987-22: 167-170.

15 — Davanloo H. (Editor). Short-Term Dynamic psychotherapy. Spectrum, New York. 1978.

16 — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised. DSM III R. American Psychiatric Association. Washington 1987.

17 — El Islam M.F.: Arabic Cultural Psychiatry, Overview. Trans Cultural Psychiatry Research Review 1982 (19) 5-19.

18 — Emmelkamp P.M.G. Phobic and obssessive Compulsive disorder: Theory, Research and Practice. New York, Plenum Press, 1982.

19 — Friedman S.: Implication of Object relation Theory for Behavioural Treatment of Agoraphobia.
American Journal of Psychotherapy. 1985 (4) 52 5-540.

20 — Greanberg D, Stravynski A: Social Phobia.
British Journal of Psychiatry. 1983 (143) 526.

21 — Holt C.S., Heimberg R.G., Hope D.A.: Situational Domains of Social Phobia.
Journal of Anxiety Disorders 1992 (6) 63-77.

22 — International Classification of Diseases 10. I.C.D. 10.
World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva. 1988 Draft of Chapter V.

23 — Kaplan H.I., Saddock B.J.: Comprehensive Text Book of Psychiatry.
Fourth Edition 1983 Wiliams and Wilkins.

24 — Kendell R.E., Zealloy A.K.: Companion to Psychiatric Studies.
Third Edition. 1983 Churchill Living Stone.

25 — Krupp A.M., Chatton J.M., Werdegar D.,
Current Medical Diagnosis and Treatment. 1985. Large Medical Publecation Los Altos, California.

26 — Liebowitz M.R., Gorman J.M., Fyer A.J., Klein D.F.: Social Phobia, Review of a Neglected Anxiety Disorder.
Archieves of General Psychiatry. 1985 (42) 729-736.

27 — Liebowitz M.R.: Social Phobia. Modern Problems in Pharmacho Psychiatry. 1987 (22) 141-173.

28 — Malan D.H., A Study of brief psychotherapy. Plenum publishing corporation. 1975.

29 — Malan D.H. Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworths London. 1979.

30 — Marks I.: Living with fear, Understanding and coping with anxiety.
Tab Books, Blue Ridge Summit, P.A. 1980.

31 — Marks I.M, Matheus A.M: Brief Standard self rating for Phobic pateints.
Behavioural Research and Therapy 1982 (17) 263-267.

32 — Marks I.M., Behavioural Psychotherapy:
The Mausdley Pocket Book of Clinical Management. Bright: Vristol. 1986.

33 — Marzillier J.S., Winter K.: Limitation of the Treatment for Social Anxiety. Page. 104-120. of faillures in Behavioural Therapy. Edited by FOA E.B. AND Emmelkamp P.M.G., John Wiley and Sons, Inc. 1983.

34 — Okasha A, Ashour A.: Psycho demographic Study of Anxiety in Egypt: The PES: its Arabic Version. British J. of Psychiatry 1981 (139) 70-73.

35 — Ost LG, Jerremalm A, Johansson J: Individual response patterns and the effects of diffirent Behavioural methodes in the Treatment of Social Phobia.
Behavioural Research and Therapy 1980 (19) 1-16.

36 — Persson G. otal.: Prognostic factors with four Treatment methodes for Phobic Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavia. 1984 (69) 307-318.

37 — Richard D., Mc Donald B.: Behavioural Psychotherapy. Heineman Medical Books. 1990.

38 — Scott J., Williams J.M.G., Beck A.T., Cognitive Therapy in clinical practice. Routledge. 1989.

39 — Shaw P: A comparison of Three behaviour Therapies in The Treatment of Social Phobia.
British Journal of Psychiatry. 1979 (134) 620-623.

40 — Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C.: Text-Book of Psychiatry. American Psychiatric Press, Inc. 1988.

41 — Wardle J.: Behaviour Therapy and Benzodiazipines: Allies or Antagonsists. Review article.
British Journal of Psychiatry. 1990 (156) 163-168.

42 — Wolberg L.R. Hand-book of Short-term psychotherapy. Thieme-Sttartton Inc. New York. 1980.

43 — Wolberg L.R. The technique of Psychotherapy. New York, Grune and Startton. 1977.

44 — Werkman S.L.: Anxiety Disorders in childhood. In Comprehensive Text Book of Psychiatry.
Edited by Kaplan H.I, Sadock B.J. Fourth Edition 1983. Williams and Wilkins.

45 — Zane D.M.: Contextual Analysis and Treatment of Phobic Behaviour as it changes.
American Journal of Psycho-Therapy. 1978 Vol. 32 (3) 338-356.

46 — Zane D.M., Powell D.: The Managment of Patients in a Phobic Clinic.
American Journal of Psychotherapy. 1985 (3) 331-345.

● ● ●



□ خاتمة

كلمـــات للأمل لا بدَّ منها . .

من الذكريات اليومية لطبيب نفسي . . والشعر:

١ ـ (الصوت):

تقرعُ صدري بأحزانِكَ . . كل صباح . .
قال: إنه الاعتراف . .
«أسمعتُهم سجع الحمام . . وسمعتُ منهم زئير الأسد»
تخبيتُ في منزلي برهة . . ستيرَ العيوب «وما جنيت على أحد»
أتشاءمُ كلَّ الوقت . . أتساقط خوفاً . . وأحزاني لا تشبه
الأحزان . .
أمشي على أعصابي المتهارة . . دامي القلب والقدم . .
أبحث عن أسلوب مشرق . . ولغة ميسرة . .
أعانق الأحزان . . تقبلني . . يستأثرني الخوف . . وتصدمني
الشجاعة . .
يهترىء لساني كتمثال صموت . .

تطاردني في الأيام أفكاري.. وأضيع في متاهاتي..
أخاف من الخوف.. وأشك فيما أشك...

٢ ــ (الحوار):
غريب أنتَ..
تخشى حضورك..؟ تتشابك أصواتك والصور..؟
سكّنتك الحزن..
يستعر قلبك بين جنبيك.. وجِلْدُك القلقْ..
تخاف المجتمعَ من الوريد إلى الوريد وتطير بأوهامك..
تحاول الهرب إلى الجهة الأخرى من الكرة الأرضية..؟
عارياً متصدعاً من خيبات الماضي.. تتناثر..
تضيع نظراتك في زجاج العيون..

تقترف جرماً مجهولاً وذنوباً سرية..
مهيضَ القلب.. تخطو إلى الخلف.. وتزرعُ أسوارك..
فمك ممتلىء بالذكريات والرماد المنطفىء..
تطلقُ روحُك ساقيها.. وتجامل الآلام..

٣ ــ (الصدى):
رمِّمْ روحَك.. لَمْلِمْ أشلاءك.. فالكرة الأرضية ما زالت تتكاثر..
تموت قليلاً.. لكن تحب الزمان والمكان وجديد الألوان..
كائن من ضوء وحب وطين...

تذوب قشرتك.. «نقياً كمطر لم يهطل بعد»..

يتضح وجهك الآن..

تزرع ورداً وقمحاً على أطراف جرحك..

توقظ الأشجار..

تحمل في قبضتك رملاً ملوناً تكسر كل الأوثان..

تغادر موتَك.. تلتصق بالزمن القادم..

وتكتبُ في صفحة العمر صوراً وسطوراً وألحان(*)..

● ● ●

---

* ملاحظة: الكلمات السابقة ليست قصيدة واحدة.. تجمّعت في الذاكرة من قصائد عديدة لكثير من الشعراء.. تلوّنتْ.. ثم تشبثتْ بقلمي كي أكتبها..

تصويبات

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
١٧	٢٠	إزالهم	إزائهم
١٩	١٧	بالخير	عن الخير
٢٠	١٣	أخرها	أخرى
٢٤	٧	تحباً أو هروباً	تحب أو هروب
٢٤	٢٠	ازدياد دقات القلب	ازدياد سرعة دقات القلب وشدتها
٢٤	٢١	ونبضاته	(تحذف هذه الكلمة)
٢٩	٧	على أن	عن أن
٢٩	١٧	تراقبه وتنظر	يراقبونه وينظرون
٢٩	٢١	كأن	كان
٣٠	٣	فتحاناً	فنجان
٣٢	٤	وعمره	عمره
٣٣	١٩	لايوجد	ليس هنالك
٣٤	٢	وعمره	عمره
٣٥	٢	أو يختار	أو أن يختار
٣٥	١٥	وعلاقاته مع	وعلاقاته المستمرة مع
٣٥	١٦	كما وصفه	كما يصفه
٣٦	١٢	وعمره	عمره
٣٩	٢	وعمره	عمره
٣٩	٤	عشرة	عشر
٣٩	٦	أفكاراً	أفكار
٣٩	٢٠	أعمره	أعماه
٤١	٧	شاة	شابة
٤١	٧	طفلين	طفلان
٤٧	٢٠	المرتبطان	المرتبطين

٥١	٥	أجريت	أجري
٥١	١٧	أول	أول
٥٣	٥	انزعاج شديد	انزعاجاً شديداً
٥٤	١٥	مهمون	ذوو شأن
٥٦	٢٢	سنة	السنة
٥٨	٦	صفتان	صفتين
٥٨	٢٠	ثمان	ثماني
٦٣	٧	مع أقرانهم الأطفال	مع أقرانهم
٦٥	٤	أبيه	أباه
٦٥	١١	أبواب	أبواباً
٦٧	٩	الأبوين	الأبوان
٦٧	١٣	حسه	حس
٧٤	٤	غريب	الغريب
٧٤	١٩	فيه	فيها
٨٤	٢٩	أحقاً	أحق
٨٥	٨	مرتبط	مرتبطة
٨٧	١٣	بالعلاقات	في العلاقات
٩٠	٤	عدد	عدداً
٩٣	١٨	للموقف التدريبي	التدريبي للموقف
٩٥	٩	القيام	عدم القيام
١٠١	١٥	نشوئها	نشوؤها
١٠٢	١٨	كلتاهما	كليهما
١٠٤	١	ثلاثة	ثلاث
١٠٤	٤	يستلق	يستلقي
١٠٧	٤	مراجعيها	مراجعوها
١٠٨	١٥	عادياً	عادي

١١١	١٢	أخيه	لأخيه
١١٨	٩	الاضرابات	الاضطرابات
١١٨	١٥	الاضرابات	الاضطرابات
١٢١	٨	ذو	ذوي
١٢٢	٤	مجهول	مجهولاً
١٢٣	٧	تصور	تدل
١٢٣	١٩	عاملاً مشتركاً	عامل مشترك
١٢٣	١٩	بتصور	بتدل
١٢٨	١٣	الاضرابات	الاضطرابات
١٣٣	١٤	أية	أي
١٤٢	٢	تأثير إيجابي	تأثيراً إيجابياً
١٤٢	٢٢	آثار	آثاراً
١٤٥	٣	نوع	نوعاً
١٤٩	٨	حول استعمال	في استعمال
١٥٨	٤	الموحدين	الموحدون
١٦٠	١٨	أساليباً	أساليب
١٦٨	١٤	أربعة	أربع
١٧٢	٤	على أن	أن
١٧٢	٢٠	تنظر	ينظرون
١٧٣	١	مرجحين	مرجحون
١٧٦	١	عشرة.. خمسة	عشر.. خمس
١٨٧	١٥	يتهامسون	يتهامسوا
١٩٠	١٠	تغير	تغيير
١٩٥	٢٠	تصور الصمام	تدل الصمام

□ تذكرة عامة

أ ـ إن خدمات الطب النفسي يحتاجها العديد من الأشخاص مثل حالات:

- □ الاستشارات النفسية العامة.
- □ القلق الحاد والمزمن (التوتر ـ النرفزة ـ انشغال البال).
- □ الاكتئاب الارتكاسي، والاكتئاب المزمن (التعب النفسي وتعب الأعصاب ـ الضيقة).
- □ الخوف الاجتماعي (الخجل).
- □ الحالات الوسواسية (الوسوسة والشك والرغبة الملحة في التأكد).
- □ الخوف من الأمراض.
- □ صعوبات التكيف.
- □ الشكاوى الجسمية النفسية المنشأ.
- □ الآلام العضلية العصبية (الصداع بأنواعه ـ آلام الظهر).
- □ الأعراض النفسية المرافقة للأمراض العضوية المختلفة.

وأيضاً حالات الأطفال والمراهقين، مثل:

- □ الاضطرابات السلوكية عند الأطفال والمراهقين.
- □ البوّال الليلي.
- □ صعوبة التحصيل الدراسي.
- □ التخلف العقلي.

وأيضاً حالات الاضطرابات الجنسية، و:

- □ اضطرابات الطعام والوزن (السمنة والنحافة).
- □ اضطرابات النوم (الأرق ـ تقطع النوم ـ الكوابيس ـ فرط النوم، وغيره).
- □ المشكلات العائلية والشخصية واضطرابات الشخصية.
- □ الاضطرابات الذهانية العقلية كالفصام والهوس والشك (الزور) وغيرها.
- □ بعض الأمراض العصبية كالصرع واضطرابات الشيخوخة وغير ذلك.

لا تتردد كثيراً قبل استشارة الطبيب، فقد تغيرت الحياة، ولا يتعارض العلاج النفسي مع جهود الإنسان الشخصية في صراعه مع مشكلاته وحلولها. كما أن الاضطراب النفسي ليس عيباً أو ضعفاً، فالإنسان القوي يتعب أحياناً ثم يستعيد قوته..

عنوان المؤلف: عيادة الطب النفسي ـ جدة ص. ب. ١٤٧٦٣

هاتف: ٦٧٣٠٤٨٥

سيصدر قريباً عن الدار

ديوان شعر

(عواشق شاعر)

أشعار الأستاذ

عدنان الماخ

الإيداع في مكتبة الأسد الوطنية

الخوف الاجتماعي (الخجل) : دراسة علمية للاضطراب النفسي : مظاهره ـ أسبابه وطرق العلاج / حسان المالح . ـ ط ٢ . ـ دمشق : دار الإشراقات ، ١٩٩٥ . ـ ٢١٦ ص ؛ ٢٢سم .

١ ـ ١٥٨ م ا ل خ ٢ ـ ٤ ر ١٥٢ م ا ل خ
٣ ـ العنوان ٤ ـ المالح
مكتبة الأسد

ع ـ ٩٤١ / ٩ / ١٩٩٤